

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

**“EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DIRIGIDO A LAS
MADRES ADOLESCENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE
SEGURIDAD SOCIAL”**

TESIS

**Presentada a la Dirección de la
Escuela de Trabajo Social
De la Universidad de San Carlos de Guatemala**

POR

Elba Nineth Cameros Guamuch

**Al Conferírsele el Título de
TRABAJADORA SOCIAL**

**En el Grado Académico de
LICENCIADA**

**Guatemala, noviembre de 2,000
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA**

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR:	Ing. Efraín Medina Guerra
SECRETARIO:	Dr. Mynor René Cordón y Cordón

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA:	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIA:	Licda. Doricia Menéndez Salazar

CONSEJO ACADEMICO REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Carmen Mejía Giordano
Licenciada	Aída Ofelia Pérez Duque
Licenciada	Carolina de la Rosa de Martínez
Licenciada	Amparo Meléndez López
Licenciada	Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Trabajadora Social	Eugenia Amely Werner
Maestra Educación Primaria	Damaris Girón
Secretaria Comercial	Alicia Catalina Herrera
Bachiller	Elsa Leticia Donis
Bachiller	Edgar Moisés Godínez
Bachiller	Federico Alvarado

TRIBUNAL EXAMINADOR

Directora	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
Secretaria	Licda. Doricia Menéndez Salazar
Coordinadora -IIETS-	Licda. Elizabeth Florián
Tutor(a) Revisor(a)	Licda. Miriam Maldonado
Coordinadora del Area de Formación Prof. Específica	Licda. Elsa Arenales de Franco

“Los autores serán responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras”, Artículo No. 11, Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala”

ACTO QUE DEDICO

A DIOS:	Porque me dio la sabiduría para poder alcanzar este triunfo.
A MIS PADRES: Abel Cameros Sandoval Natividad de Cameros (Q.P.D.)	Infinitas gracias, ya que por sus sabias enseñanzas hoy veo cumplidos mis esfuerzos. A ti madre, oraciones y plegarias en tu memoria y aunque no estás conmigo para ver mi triunfo y desde ese lugar especial en que te encuentras sé que tengo tus bendiciones, siempre te recordaré, te extrañaré y amaré toda la vida.
A Mi Esposo:	Eddy Paul Molina Ibarra Con amor y gracias por su apoyo incondicional.
A Mis Hijos:	Christian Paolo y Diego Paul Molina Cameros Con amor y que les sirva de motivación para luchar por sus ideales.
A mis Hermanos:	Abel, Izabel, Lily, Miriam y Vilma Con amor fraternal
A mi Familia y Amigos:	Que comparten este triunfo conmigo
A:	La Licda. Miriam Maldonado como un reconocimiento muy especial, por sus orientaciones profesionales en la finalización del informe de tesis.

INDICE

	Página
INTRODUCCION	i
CAPITULO 1	
MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL	1
1.1. Estado	1
1.2. Políticas de Salud	1
1.3. Salud Reproductiva	6
1.4. Aspectos Legales a favor de la Niña y Adolescente Madre	8
1.5. La Familia	15
1.6. Paternidad y Maternidad Responsable	16
1.7. Adolescencia	17
1.7.1. Población Adolescente	19
1.7.2. Desarrollo Físico y Emocional	20
1.8. Planificación Familiar	21
1.8.1. Importancia de la Consejería en los Servicios de Planificación Familiar	23
1.8.1.1. Consejería	24
1.8.1. Objetivos de la planificación familiar	24
1.9. Métodos Anticonceptivos	25
1.9.1. Métodos Naturales o de abstinencia	25
1.9.2. Métodos Temporales	26
1.9.3. Métodos Quirúrgicos	28
CAPITULO 2	
PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL	30
2.1. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social	30
2.1.1. Organos Superiores del Instituto	31
2.2. Programa de Maternidad	32

2.2.1. Hospital de Gineco-Ostetricia	32
--------------------------------------	----

Página

2.3. Programa de Salud Reproductiva	33
2.3.1. Clínica de Planificación Familiar	36
2.4. Participación del Trabajador Social en el Programa de Salud Reproductiva	40

CAPITULO 3

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO	44
--	----

3.1. Factores Socioeconómicos de las Madres Adolescentes	44
3.1.1. Datos Generales de las Madres Adolescentes	45
3.1.2. Escolaridad	50
3.1.3. Ocupación u Oficio	51
3.1.4. Situación Económica	53
3.1.5. Situación Social y Familiar	54
3.1.6. Educación Sexual y Reproductiva	56
3.1.7. Planificación Familiar	60

CAPITULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL: "PROGRAMA DE LA ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL - IGSS"	65
--	----

4.1. Presentación	66
4.2. Justificación	68
4.3. Objetivos	69
4.4. Metas	71
4.5. Metodología	72
4.6. Equipo Multidisciplinario	74
4.7. Organización	76

4.8.	Calendarización de Actividades	77
4.9.	Recursos	80
		Página
4.10.	Presupuesto	82
4.11.	Evaluación	82
	CONCLUSIONES	84
	RECOMENDACIONES	86
	BIBLIOGRAFIA	88

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación **“EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DIRIGIDO A LAS MADRES ADOLESCENTES DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL”** fue realizado con el fin de brindar una mejor atención a la problemática psicobiosocial que presentan las madres adolescentes en Guatemala, así como disminuir los factores de riesgo que afectan su salud integral de las mismas.

Las adolescentes han constituido un grupo significativo de la población durante décadas, pero en los últimos diez años se percibe una mayor atención sobre sus necesidades y derechos por los cambios de la sociedad y la situación socioeconómica que atraviesa el país, que han evidenciado la problemática que atraviesa este sector de la sociedad.

Los problemas de desintegración familiar, el hacinamiento, la escasa comunicación entre padres, madres e hijos/as, la falta de educación y de orientación por parte de los maestros/as y sobre aspectos de su sexualidad, la extrema pobreza, los medios de comunicación; han conducido a que las y los adolescentes inicien una vida sexual a temprana edad.

Dando como resultado embarazos no deseados, uniones y matrimonios forzados, abandono de estudios e iniciando una maternidad o paternidad a la cual no están preparados física, social, econòmicamente y emocionalmente, teniendo que adoptar responsabilidades y en este caso son las adolescentes quienes, llevan la mayor responsabilidad porque biológicamente son quienes soportan la mayor parte de los trastornos de salud por la reproducción.

Por lo que resulta necesario, que estén bien informadas sobre el funcionamiento y cuidado de su cuerpo, ya que son más vulnerables a

infecciones del aparato reproductor, a enfermedades de transmisión sexual incluido el V.I.H./SIDA.

La planificación familiar es considerada a nivel mundial como factor esencial para la prevención de la salud Materno-Infantil.

Se reconoce que las adolescentes necesitan de una adecuada educación sexual, a fin de protegerlas contra embarazos no deseados y uno de los medios más eficaces para mejorar la salud de las mujeres y de sus hijos o hijas es la planificación familiar.

Esta investigación fue posible gracias a las respuestas obtenidas de las madres adolescentes, tanto afiliadas como beneficiarias del Instituto, así como a las consultas bibliográficas realizadas.

Los objetivos planteados para la realización de este trabajo, se dan a conocer a continuación:

GENERALES:

1. Contribuir con el estudio de problemas sociales del país, conociendo y analizando la problemática guatemalteca y de cumplir con los objetivos de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el área de investigación.
2. Conocer las condiciones económicas y sociales de las madres adolescentes, como factores multicausales que están asociadas a embarazos tempranos y a una actividad sexual no protegida.

ESPECÍFICOS:

1. Analizar la problemática de las madres adolescentes en la sociedad guatemalteca.

2. Establecer los factores socioeconómicos que repercuten en las madres adolescentes que iniciaron su vida sexual activa con riesgos.
3. Conocer los servicios que brinda el Hospital de Gineco-Obstetricia dirigido a la población adolescente.
4. Definir la intervención del Trabajador Social en el Programa de Salud Reproductiva y Clínicas de Planificación Familiar dirigido a las madres adolescentes.

Los objetivos fueron alcanzados en su totalidad, pues se logró identificar todos los elementos que contribuyen a la problemática que atraviesan las madres adolescentes dentro de la sociedad guatemalteca, a conocer la importancia de la participación del Trabajador Social en el campo de acción, respondiendo en parte a los propósitos de la Escuela de Trabajo Social y de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Para la investigación se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis General:

El Estado al no impulsar políticas de Salud Reproductiva a favor de las/los adolescentes, no contribuye a disminuir los altos índices de madres adolescentes que inician una vida sexual con riesgo.

Hipótesis Específicas:

1. La situación socioeconómica precaria de las madres del Programa de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, limita su desarrollo integral.
2. La falta de seguimiento en las clínicas de Planificación Familiar de las madres adolescentes, pone en riesgo su salud reproductiva.

Por medio de ellas se logró verificar, que las políticas de Salud Reproductiva no responden a las necesidades insatisfechas de las adolescentes, continuando desprotegidas y colocándose en población en riesgo.

Además que la situación socioeconómica de las adolescentes es precaria, lo que no les permite gozar de mejores condiciones de vida, limitándolas a mejorar su desarrollo humano.

De la necesidad de seguimiento, en los servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del Seguro Social, de las madres adolescentes que es la población cautiva que se atiende en el Instituto, con el fin de mejorar la Salud Sexual y Reproductiva de las mismas.

En la presentación de este informe se describen cuatro capítulos que se desarrollan con el siguiente contenido:

El capítulo 1, contiene generalidades de la participación del Estado y sus Políticas de Salud, la importancia de la salud reproductiva de las adolescentes, los factores multicausales que se asocian a embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual, SIDA.

El papel que juega la familia, la necesidad de una maternidad y paternidad responsable, la población adolescente en riesgo y lo que es la etapa de la adolescencia. Además las repercusiones que pueden afectar física y emocionalmente a las adolescentes y la necesidad que conozcan como protegerse de embarazos tempranos.

En **el Capítulo 2** se da a conocer aspectos generales del Programa de Maternidad del Seguro Social, se hace referencia del Hospital de Gineco-Obstetricia, del Programa de Salud Reproductiva y su intervención dentro del Instituto y como ha ido implementando los servicios de Planificación Familiar como estrategia para prevenir y contribuir a bajar los índices de mortalidad

materna-infantil. Además contiene las funciones del Trabajador Social en general y dentro del Programa de Salud Reproductiva actual.

En **el Capítulo 3**, se presentan la interpretación y el análisis respectivo de los resultados obtenidos durante el proceso de toda la investigación de campo, realizado a las madres adolescentes que atiende El Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Y **el Capítulo 4**, contiene la propuesta de Intervención de Trabajo Social, dirigida al Programa de la adolescente en los Servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Así mismo, se presentan las conclusiones y recomendaciones a que se arribó, después de finalizar el proceso de investigación y análisis de resultados, así como se señala la bibliografía utilizada.

CAPITULO 1

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

El abordaje de este capítulo permite dar a conocer de una manera conceptual aspectos teóricos generales que fundamentan el tema objeto de estudio.

1.1 Estado

“Orden, clase, jeràrquica y calidad de los sujetos que integran un pueblo. Sociedad natural perfecta organizada políticamente en un territorio determinado y que con un poder soberano propio, tiende mediante el ordenamiento jurídico, a realizar el bien común y es capaz de asumir responsabilidades de la propia actuación en sus relaciones con otros Estados”⁽¹⁾

1.2 Políticas de Salud

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es uno de los organismos estatales de mayor trascendencia nacional, por ser responsable de hacer efectivo el derecho de la salud a todo guatemalteco y guatemalteca, es necesario recalcar que dentro de éste se interactúa por lineamientos o normas ya establecidas en el ámbito nacional, que de una u otra manera benefician a la población. Actualmente la principal línea de acción que se maneja en este ministerio, es la reestructuración del mismo, a través de propiciar la eficiencia, la calidad y la equidad en su desarrollo.

⁽¹⁾ Diccionario Everest Corona, Lengua Española, Novena Edición, Editorial Everest S.A. España. 1980, Pág. 632

Un factor importante en la transformación del sector salud, lo constituye la coordinación con entidades sociales, organizaciones no gubernamentales, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, sector privado y sector educativo entre otros, con lo cual se pretende lograr la eficiencia, eficacia y equidad de la salud. Además, para fortalecer los objetivos deseados, las políticas que el Ministerio de Salud promueve están basadas en:

- El reordenamiento, integración y modernización del sector salud.
- Aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios básicos.
- Mejoramiento de la gestión hospitalaria.
- Promoción de la salud y de ambientes saludables, para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- Aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de agua de consumo humano y ampliación de cobertura de saneamiento básico rural.
- Participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios de salud.
- Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la cooperación técnica de salud” (2)

El 29 de diciembre de 1996, en Guatemala se firman los Acuerdos de Paz entre los grupos armados y las autoridades de gobierno, bajo el auspicio de las naciones unidas y gobiernos de países latinoamericanos.

La firma de estos acuerdos, pone fin a 36 años de enfrentamiento armado y contribuye a consolidar el proceso democrático iniciado en 1986.

Estos acuerdos de paz en su conjunto propugnan por la transformación de las condiciones de vida de la mayoría de los Guatemaltecos. En lo que se refiere a la salud señala directamente la obligación del país, de disminuir la mortalidad materna, infantil, la prevalencia de la desnutrición y otros aspectos que de manera directa o indirecta contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población.

En cuanto a la situación de salud, especialmente en lo que se refiere al grupo materno-infantil, ha sido abordada en los últimos cuatro años a través de un proceso de modernización del sector salud, por parte del Ministerio de Salud Pública, proponiendo un modelo diferente de atención en salud.

Se cuenta con la participación de las entidades no gubernamentales, de las organizaciones comunitarias, y se institucionaliza en el Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS).

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, también se encuentra en un proceso de modernización, el cual hace énfasis en la descentralización de la atención médica como una forma de solucionar la insuficiente capacidad institucional para responder a la demanda de la población afiliada del seguro social.

En conclusión, el sector Salud de Guatemala atraviesa una etapa de cambios en sus instituciones gubernamentales y no gubernamentales, todos estos cambios están dirigidos a crear nuevas opciones para preservar la salud y mejorar la calidad de vida de los guatemaltecos.

Las características poblacionales de Guatemala y el crecimiento acelerado de la población adolescente, constituye casi el 30% de los habitantes

⁽²⁾Universidad de San Carlos de Guatemala, Políticas de Salud 1996-2,000, Facultad de Ciencias Médicas, Área de Ciencias Sociales Colectiva. Guatemala, marzo, 1996, Pág.3

de Guatemala, y por sus características, su situación de salud es de alto riesgo y tradicionalmente han estado desprotegidos por los servicios públicos.

En Guatemala no han existido políticas específicas para la atención de la población adolescente, que permita un tratamiento integral de su salud, pero se ha reconocido que la salud de los mismos es un elemento básico para el progreso de los países.

Existen instituciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen como población meta de adolescentes, pero sus esfuerzos son aislados y sin coordinación interinstitucional, intersectorial dentro de ellas están:

- La Asociación Guatemalteca de Educación Sexual -AGES- que es una institución privada fundada en 1978, sin fines de lucro personal, de servicio a la comunidad y con la misión primordial de brindar educación sexual integral de acuerdo al contexto cultural de las personas. La institución promueve la educación sexual y el desarrollo humano a través de los programas y proyectos.
- En julio de 1979 se creó el Centro de Adolescentes El Camino, perteneciente a la Unidad de Educación y adiestramiento de la Asociación Pro-bienestar de la Familia -APROFAM-, cuyo objetivo principal es el de proporcionar atención integral a los adolescentes. Los servicios prestados fueron de pre y postnatal, atención odontológica, médica, orientación psicológica, Trabajo Social, adiestramiento, educación en salud reproductiva y sexual, este centro deja de funcionar en 1996, dejando de atender aproximadamente 10,000 adolescentes al año.
- El Programa Materno Infantil, Fase III de la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, incorporó el

componente de adolescencia en el pensum de estudios del 5to año en la carrera de Medicina, creando áreas de práctica en institutos de nivel medio, con atención multidisciplinaria e integral/1982.

- En 1990 se conformó la Comisión Nacional del Adolescente -CONAD-, coordinado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social dentro de sus acciones se realizaron talleres de sensibilización para la atención integral de los adolescentes guatemaltecos, dirigidos al personal de los servicios de salud, docentes de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el personal de ONG's.
- En 1991 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF- realiza una investigación sobre: “La situación de las adolescentes centroamericanas, tendencias y perspectivas” el cual se constituyó como documento de consulta.
- En diciembre de 1997, en San José, Costa Rica se llevó a cabo la reunión Latinoamericana de Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes, presente al nivel central del Programa Nacional Materno Infantil del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se decidió impulsar el Area de Atención integral y Diferenciada dirigida a la adolescencia.
El Programa Nacional Materno Infantil, elabora las bases programáticas del Plan Nacional de Atención Integral del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- En marzo de 1998, el Programa de Salud Reproductiva de la Sección de Higiene Materno Infantil del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, inicia el Programa de la Adolescente embarazada en el Hospital de Gineco-Obstetricia, en el Hospital Juan José Arévalo Bermejo de la zona 6, en Periférica de la zona 5, con el fin de implementar actividades educativas y asistencia médica personalizada oportuna dirigido a las

adolescentes afiliadas y beneficiarias que cubre el Programa de Maternidad.

- En septiembre de 1998 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, como parte de su responsabilidad ha reunido a organismos gubernamentales y no gubernamentales del país, elaboró el Plan Nacional de Salud Integral para adolescentes, contándose ya con lineamientos básicos de acción en beneficio de los adolescentes del país.

1.3. Salud Reproductiva

“Es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. ⁽³⁾

Las personas deben estar en capacidad de tener una vida sexual, satisfactoria y segura, estar en capacidad de reproducirse y tener la libertad para decidir sobre su reproducción, cuando y que tan frecuentemente.

Los hombres y las mujeres tienen, el derecho de estar bien informados y de tener acceso a la selección de métodos para regular su fecundidad; que sean seguros, efectivos, asequibles, aceptables, que no estén en contra de la ley, así como el derecho a tener acceso a la atención en salud para que el embarazo y el parto sean seguros.

Puede decir que la Salud Reproductiva, permite disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Un ideal humano, es establecer un sistema social que permita que padres y madres saludables puedan tener hijas e hijos sanos, fruto de una decisión

⁽³⁾ Asociación para la Contracepción Segura y Voluntaria -AVSC-Prototipo de Currículo, Consejería en Planificación Familiar, Santa Fé, Bogotá, septiembre, 1997, Pág. 6.

responsable y compartida, sin comprender su propio estado de salud, especialmente la mujer, durante el proceso reproductivo las madres necesitan cuidados a los que no siempre tienen acceso y aunque la salud reproductiva tiene que ver con hombres y mujeres, afecta mucho más a la mujer.

La Salud Reproductiva está fuera del alcance de muchas personas a causa de factores como: la falta de información, educación sexual de la capacidad de expresar el comportamiento sexual y reproductivo saludable responsable de mujeres y hombres, el poco acceso a los servicios de salud sexual reproductiva.

Se ha establecido que la sexualidad al igual que las relaciones sexuales es un componente natural de la vida y debido a una equivocada noción de moral, se le oculta, disfraza o niega. La sociedad y sus instituciones han manejado esta situación de tal manera que la población ignora conocimientos básicos en salud sexual y reproductiva.

Los programas oficiales escolares tampoco contienen específicamente este tipo de educación, al no aparecer la educación en salud reproductiva en la curricula de estudios, las futuras generaciones quedan oficialmente ignorantes de tan indispensables conocimientos para la vida, así como impreparados para guiar a sus propios hijos/as por el camino correcto.

Por condición biológica, las mujeres deben asumir mayor carga y responsabilidad en la reproducción humana, de allí la necesidad de estar doblemente preparadas; toda escuela debería de incluir dicha educación, en el caso de Guatemala los años siguen pasando sin que el gobierno oficialice este tipo de educación por lo que se continúa con un atraso nacional.

Las adolescentes se colocan fácilmente en situaciones de riesgo, pero es necesario puntualizar que son las mujeres quienes soportan la mayor parte de los trastornos de salud por las cuestiones relativas a la reproducción, por lo

que es necesario que estén bien informadas sobre el funcionamiento y cuidado de su cuerpo ya que son más vulnerables a infecciones en el aparato reproductor y a enfermedades de transmisión sexual incluido el V.I.H/SIDA.

Para que las adolescentes puedan decidir en forma responsable lo que desean hacer con respecto a su vida sexual, debería recibir mensajes igualmente francos de sus padres, sus maestras y maestros, de la comunidad médica, acerca de las consecuencias de su decisión, embarazo, enfermedades de transmisión sexual.

1.4 Aspectos Legales a favor de la Niña y Adolescente Madre

Dentro de la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985, se encuentra un articulado que se refiere a la salud, seguridad y asistencia social como deberes fundamentales del Estado de Guatemala para con sus habitantes y ciudadanos, sin mención específica para el grupo de adolescentes.

Artículo 93: Derecho a la Salud. El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.

Artículo 94: Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de proporcionarles el más completo bienestar físico, mental y social.

Convención sobre los Derechos de la Niña y el Niño: los países miembros de las Naciones Unidas, adoptaron en 1989 la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, que aunque no menciona a los y las adolescentes en forma específica, los incluye indirectamente, ya que la Convención entiende como niño a todo menor de 18 años de edad.

Al ser aprobado por el Congreso de la República, los estatutos que establece dicha Convención pasan a ser parte integral de la legislación nacional.

Artículos específicos de la Convención:

Artículo 24. Los Estados reconocen el derecho del niño y niña, al disfrute del más alto nivel de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y de la rehabilitación de la salud. Así como asegurar la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- Reducir la mortalidad infantil y en la niñez.
- Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños/as, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.
- Asegurar la atención sanitaria prenatal y post-natal apropiada a las madres.
- Asegurar que todos los sectores de la sociedad en particular los padres y los niños/as, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación permanente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.
- Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Artículo 25: Reconoce también el derecho del niño y niña, que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de salud física o mental, a un examen periódico del tratamiento.

Artículo 26: La seguridad social también es objeto de derechos del niño y niña.

Artículo 27: Así como un nivel de vida adecuado para el desarrollo del niño y niña, lo cual influye la salud, los padres y otras personas responsables del niño y niña.

Artículo 32, 33 y 34: Se protege también al niño y niña de cualquier trabajo, que pueda poner en peligro su salud física o mental.

Artículo 39: Asimismo, se regula que se tomen las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica que los niños y niñas, víctimas de cualquier forma de abandono, abuso de explotación a través del fomento de salud.

Otras normas legales referentes a la mujer y a la adolescente son:

Artículo 40, Constitución Política de la República de Guatemala, Libertad Igualdad. En Guatemala todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos. El hombre y la mujer cualquiera que sea su estado civil, tienen iguales responsabilidades y oportunidades.

Lo que en la práctica no se da, pues en muchos casos se le brinda a la mujer salarios menores que al del hombre, aunque realicen el mismo trabajo, siendo esto establecido en el Artículo 102 de la Constitución Política de la República de Guatemala y Artículo 126 del Código de Trabajo, en donde se menciona que toda mujer que trabaja en jornada ordinaria, tiene derecho a un día de descanso a la semana, debidamente remunerado; todo trabajo debidamente realizado fuera de las jornadas ordinarias, constituye jornada extraordinaria y deben ser remuneradas como tal.

El Artículo 148 y 149 del Código de Trabajo, menciona guardar a las trabajadoras, la debida consideración absteniéndose de mal trato de palabra o

de obra. Hombres y mujeres trabajadores, anualmente tienen derecho a que su patrono les proporcione un aguinaldo equivalente a un mes de trabajo.

El Artículo 12 del Departamento Legal Inciso 64-92 que reforma el Artículo 152 del Código de Trabajo indica que toda trabajadora embarazada debe gozar de un descanso remunerado durante los 30 días anteriores y los 54 días posteriores al parto, recibiendo su salario base completo, muchas mujeres son despedidas en el transcurso del embarazo sin recibir ninguna prestación de Ley.

También, hay mujeres que pierden su período prenatal, pues el patrono no proporciona a tiempo el certificado de trabajo que le permite obtener dicho derecho a través del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, o a través de médico particular.

Toda madre en época de lactancia, debe disponer en los lugares donde trabaja de una hora de Lactancia desde que regrese a su trabajo (54 días pos parto) hasta 10 meses después, según artículo 153 del Código de Trabajo.

Actualmente existe la propuesta de un Código del Niño, Niña y Adolescente, presentado por la Comisión de la Mujer, del Menor y de la Familia del Congreso de la República el cual no es muy conocido ni utilizado. Dicho código tiene como objetivo primordial presentar al niño, niña y adolescente como un ente de derecho digno de adquirir derechos y obligaciones como sujeto de derecho.

Este Código toma como niño o niña, toda persona desde su concepción hasta que cumpla los doce años de edad y del adolescente de los doce años hasta los 18 años. Aunque para términos laborales se toma al adolescente de los 14 a 18 años de edad. Presentando al adolescente con derechos y obligaciones de una persona adulta con algunas modificaciones aptas a su edad.

El Código del Niño, Niña y Adolescente en cuanto a adolescencia se refiere, especifica, especialmente en las disposiciones generales de adolescentes trabajadores, según el Capítulo III del mencionado Código, entre las normas que se refieren al tema, se mencionan:

Artículo 102 Sección I Capítulo III. Se entiende por adolescentes trabajadores, a los que participan directamente en una actividad generadora de ingresos a nivel formal, informal y familiar.

Artículo 104 Sección I, Capítulo III, el trabajo de los o las adolescentes debe estar acorde a su edad, condición física y desarrollo y no debe interferir con su asistencia a la escuela.

Artículo 106 Sección I, Capítulo III, el trabajo de los o las adolescentes puede desarrollarse en:

- a) El sector formal y
- b) El sector informal

Artículo 110 Sección II, Capítulo III. El empleador debe garantizar el acceso del o de la adolescente trabajador, a la capacitación laboral y está obligado a conceder licencia cuando la actividad escolar así lo requiera.

Del Artículo 112 Sección II, Capítulo III, Se prohíbe el trabajo:

- c) Nocturno de adolescentes
- d) En jornada extraordinaria
- e) De adolescentes embarazadas que ejecutan labores que requieran esfuerzo físico considerable que ponga en peligro su estado.

Artículo 113 Sección II, Capítulo III, Se prohíbe al empleador entre otros:

- a) Trasladar al o la adolescente trabajadora del lugar de su domicilio para la ejecución del trabajo sin su consentimiento.
- b) Despedir alguna adolescente trabajadora en estado de embarazo que este ejerciendo su derecho al período de lactancia quienes gozan de

inamovilidad de acuerdo con lo establecido para el efecto en el Artículo 152 del Código de Trabajo, salvo por causa justificada, originada en falta grave a los deberes derivados del contrato, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 77 del Código de Trabajo.

En este caso el patrono debe gestionar el despido ante los Tribunales de trabajo, para lo cual deberá comprobar la falta y no podrá hacer efectivo el mismo hasta no tener la autorización expresa y por escrito del tribunal. En caso el empleador no cumpliera con la disposición anterior, la adolescente trabajadora podrá recurrir por sí misma a los tribunales a ejercer su derecho, a que se le paguen los salarios dejados de devengar durante el tiempo que estuvo sin laborar.

Para gozar de la protección relacionada en este literal, la trabajadora deberá dar aviso de su estado al empleador, quedando desde ese momento provisionalmente protegida y dentro de los dos meses siguientes deberá aportar certificación definitiva.

- c) Exigir a las adolescentes embarazadas que ejecuten trabajos que requieran esfuerzos físicos considerables, durante los primeros y últimos tres meses de embarazo.

Artículo 119 Sección II, Capítulo III. La jornada de trabajo de las o los adolescentes trabajadores/as debe ser la siguiente:

- a) Seis horas diarias para las/los adolescentes que tengan catorce años de edad o más, no pudiendo exceder de treinta y seis horas a la semana.
- b) Cinco horas diarias para las/los adolescentes que tengan doce años cumplidos a catorce, no pudiendo exceder de treinta horas a la semana.

Artículo 123 Sección II, Capítulo III. Es obligación del empleador afiliarse al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, a todos las/los adolescentes trabajadores que laboren a su servicio, de conformidad con las disposiciones

legales vigentes. El trabajo de la o el adolescente debe ser adecuado especialmente a su edad, condiciones, estado físico, desarrollo intelectual y valores morales.

Artículo 131 Sección II, Capítulo III. La jornada máxima de trabajo para las o los adolescentes trabajadores de casa particular, es de ocho horas y no podrá exceder de cuarenta horas a la semana con intervalos de descanso teniendo el empleador la obligación de proporcionarles la instrucción y educación primaria y básica. Para el efecto deberá facilitar su asistencia a centros vespertinos o nocturnos, sin deducir suma alguna a su salario.

Artículo 132 Sección II, Capítulo III. Cualquier contravención a lo establecido en el presente capítulo, por parte de los empleadores, será sancionada con multa de Quinientos Quetzales (Q. 500.00) la primera vez, de Mil a cinco mil quetzales (Q.1,000.00 a Q.5,000.00) la segunda; y la tercera, se certificará lo conducente a un juzgado de orden Penal, por el delito de desobediencia.

Se creará el CONSEJO NACIONAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE, quien tendrá como función especial diseñar políticas generales de protección integral que aseguren el efectivo cumplimiento de los derechos humanos del niño, niña y adolescente.

El INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE, tiene dentro de sus funciones, promover y coordinar la ejecución de las políticas generales de protección integral. Siendo estas leyes las que se refieren a la madre adolescente embarazada en forma general.

1.5 La Familia

“Es la forma de vinculación y convivencia más íntima en la que la mayoría de las personas suelen vivir buena parte de su vida”⁽⁴⁾

La familia sin duda es la base de la sociedad, por medio de ella se logra transmitir la cultura de generación en generación y es el agente principal en la formación de la personalidad de los individuos.

Es necesario enmarcar que la situación económica-social que enfrenta el país, afecta directamente a las familias guatemaltecas, las cuales se caracterizan por constituir un grupo familiar numeroso y en donde la mayoría de sus miembros se ven en la necesidad de participar en la economía familiar.

Las familias urbanas y marginales, se caracterizan por la procreación de numerosos hijos 5.4 por cada mujer aumentando, en algunas zonas rurales hasta 7.6, familias que se encuentran en condiciones de pobreza, quienes no alcanzan satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia.

La familia permite al individuo integrarse a la sociedad y la que debe satisfacer las necesidades de sus miembros, tanto físicas como las psicológicas entre ellas: afecto, estimulación, seguridad, identificación, aprendizaje y sentido de pertenencia al grupo familiar.

La insatisfacción de estas necesidades, puede llevar a los miembros de la familia a un desequilibrio emocional afectando su desarrollo normal. Y se agudiza cuando la niña pasa a la adolescencia y tiene que enfrentarse a cambios biológicos, físicos, emocionales y morales.

Estos cambios vienen a exigir una flexibilidad en las relaciones familiares que permiten una readecuación de roles, en donde los padres y madres deben poseer un alto grado de comprensión.

(4) Ezequiel Ander-Egg, Diccionario de Trabajo Social, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina, 1995, Pág. 127

Además la crisis económica y social que actualmente atraviesa el país, trae inestabilidad y desequilibrio en los valores y normas sociales y por ende familiares, lo cual afecta el normal desarrollo de quienes integran el núcleo familiar.

Siendo las adolescentes quienes podrían verse afectadas por baja autoestima, poca confianza, sentimientos de desesperanza, dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo, bajo nivel educativo que no les permitirá mejores oportunidades, sino de un trabajo no calificado y el ingreso precoz a la fuerza de trabajo.

1.6 Paternidad y Maternidad Responsable

“Es el cumplimiento fiel de los deberes y obligaciones que tienen los padres/madres para con sus hijos e hijas, es tener una actitud consciente y responsable de la pareja de poder procrear hijos/as sanos físicamente y psicológicamente.”⁽⁵⁾

Ser padres no significa solamente el procrear a los hijos e hijas, sino se debe ejercer la responsabilidad paternal aun antes de que nazca el niño y la niña, recordemos que ellos no están pidiendo venir al mundo y no pueden ellos tampoco escoger a que hogar quieren pertenecer, en el cual deben recibir amor, comprensión y una formación moral.

Lamentablemente no existe lo que pudiera llamarse una “escuela para futuros padres o madres” y de esa cuenta es que no se llega preparado al matrimonio para la sagrada misión de ser padres o madres.

⁽⁵⁾ Velásquez Guerra, Rubén, Manual de Paternidad Responsable, APROFAM, Departamento de Capacitación, Dirección de Educación e Información, Guatemala, 1992, Pág. 2

La preparación para la paternidad responsable, comienza para el niño o niña desde que es capaz de imitar, los niños y niñas imitan a sus padres, el niño al padre y la niña a la madre.

La educación se inicia en el hogar, luego en la escuela que se encarga de seguir enseñándonos y en muchos casos esta no es la mejor.

Es necesario que las parejas lleguen al matrimonio con una madurez física, emocional y social, cuando no está presente, fracasan los matrimonios y esto conlleva a los hijos e hijas, víctimas de la paternidad y maternidad irresponsable.

La estabilidad del hogar requiere de una paternidad y maternidad responsable del amor conyugal que no es más que la mezcla de cariño, tolerancia, ayuda mutua, comprensión y satisfacción sexual.

Ser padre o madre responsable, es una tarea difícil pero no imposible.

Cuando se hace mención de la importancia de la madurez física, emocional general y social de las parejas en general, es necesario mencionar a los y las adolescentes que constituyen gran parte de nuestra población guatemalteca.

1.7 Adolescencia

Es un período que se caracteriza por profundos cambios físicos, psicológicos y cognoscitivos, una etapa compleja de la vida del ser humano y de acuerdo a los preceptos establecidos por la organización mundial de la salud, la adolescencia constituye una etapa en el desarrollo que va desde los 10 años hasta los 19 años de edad.

Es un período en que el individuo evoluciona desde el inicio del apareamiento de características sexuales, secundarias a la maduración sexual y la aparición de nuevos deseos, fantasías y sentimientos, la sexualidad no

comienza en la adolescencia sino es una continuación que se manifiesta desde la niñez.

El inicio de la actividad sexual, se debe a diversos factores y uno de ellos es que las familias actúan cada vez menos como soportes afectivos, lo que induce muchas veces a que los adolescentes busquen apoyo en sus parejas antes que en sus familias, otros factores son la migración de adolescentes que se liberan de presiones y controles familiares y sociales, la influencia de los medios de comunicación que cada vez son más explícitos en cuanto a las manifestaciones de la sexualidad.

Las relaciones sexuales de los adolescentes puedan responder a una necesidad de apoyo, cariño o expresión de resentimiento, rebeldía o la necesidad de reafirmar su identidad sexual. Muchos adolescentes no utilizan ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual y esto es causa de preocupación, porque en el caso de las mujeres, no están físicamente aptas para el embarazo y ambos sexos preparados para la paternidad o maternidad.

La sociedad es la responsable de los embarazos de las adolescentes, al no proporcionarles información acerca del funcionamiento de su cuerpo y los anticonceptivos, tampoco les han clarificado sus valores, sentimientos y la manera de tomar sus decisiones propias, además los servicios de salud reproductiva son muy escasos.

El embarazo implica un riesgo mucho mayor para la vida y la salud de las adolescentes, que cualquier método anticonceptivo. La mayoría de adolescentes no utilizan anticonceptivos o los usan inadecuadamente, también puede ser debido al acceso limitado que tienen a la planificación familiar, a la falta de educación sexual, a factores culturales, falta de información, falta de conciencia de un probable embarazo a la naturaleza imprevista o esporádica de sus relaciones.

1.7.1 Población Adolescente

Para enmarcar dentro del contexto en que se desenvuelven las/los adolescentes, daremos a conocer algunos aspectos generales de Guatemala.

Guatemala es un territorio geográfico del istmo centroamericano, dividido políticamente en 22 departamentos y 331 municipios.

“De acuerdo a las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística, para el mes de marzo de 1999, la población guatemalteca es de 11 millones de habitantes, suma a la cual se ha llegado como resultado de una tasa de crecimiento anual promedio de 2.6 por ciento.

El crecimiento poblacional se ha concentrado en la ciudad capital en donde se estima que residen más de 2.5 millones de habitantes. Guatemala es heterogénea en cuanto a condiciones generales de vida, mostrando grandes diferencias basadas en la esperanza de vida al nacer, la matriculación escolar y el índice de alfabetismo. Otros informes recientes expresan que la situación de un alto porcentaje de la población guatemalteca que enfrenta condiciones desfavorables, limitaciones en el acceso a servicios públicos y aumento de la pobreza”⁽⁶⁾

“El país cuenta con una población eminentemente joven de 14 años y 65% es menor de 24 años”⁽⁷⁾

Los servicios de salud reproductiva para adolescentes, representan un área de tremendas necesidades insatisfechas en el mundo. La existencia y efectividad de los servicios para adolescentes dependen de los recursos y la legislación.

⁽⁶⁾ Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, Guatemala, 1996-1999, Pág 5

⁽⁷⁾ Instituto Nacional de Estadística, X Censo Nacional de Población, Guatemala, 1994, Pág. 13

Son muy pocos los países que tienen servicios diferenciados y especializados en adolescentes, entre ellos se puede mencionar: Brasil, Cuba, Costa Rica, Chile, Colombia, Estados Unidos, México, Panamá y Perú.

Otros países han elaborado un programa denominado Atención Integral a la Salud del Adolescente, siendo estos: Bolivia, El Salvador, Haití, Jamaica, Honduras, Paraguay, Trinidad y Tobago y Uruguay, los cuales están haciendo esfuerzos importantes para lograr la implantación en Argentina, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Venezuela.

Para Guatemala, se ha diseñado el Plan Nacional de Atención Integral a las y los Adolescentes por medio de una comisión formada el 27 de mayo de 1997, plan que está basado en la Constitución de la República de Guatemala, en los acuerdos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tiene como objetivo fundamental de promover, proteger y mantener la salud integral de los adolescentes a través de acciones de promoción, prevención, educación y atención en salud que favorezcan en ellos, estilos de vida saludables, enfatizando en la educación permanente por medio del sistema integral de atención en salud y con la coordinación de organismos e instituciones públicas centralizadas y descentralizadas, autónomas, semiautónomas, instituciones rivadas, organizaciones no gubernamentales y comunitarias.

1.7.2 Desarrollo Físico y Emocional en la Adolescencia

La adolescencia es generalmente definida como la transición entre la infancia y la edad adulta, una fase ambigua marcada por cambios físicos y psicológicos acentuados.

La mujer y el hombre, buscan tomar decisiones y ser autónomos, respecto de sus padres y madres comienza un largo proceso de autodefinición.

El deseo y el interés sexual, se incrementa en la medida que se acelera el desarrollo hormonal y al mismo tiempo, las y los adolescentes enfrentan opuestas presiones de su familia, padres, sociedad.

El adolescente es visto como un individuo rebelde, individualista, que se dejan llevar por estallidos emocionales, pero el comportamiento del adolescente esta condicionado por el contexto económico, social y cultural en el que se desenvuelve que es un factor que influye en el comportamiento sexual y reproductivo de dicha población adolescente.

El desafío para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, es responder a los requerimientos en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva, acceso a los servicios de planificación familiar; prevención de embarazos indeseados y del contagio de enfermedades de transmisión sexual incluido el V.I.H./SIDA; educación para vivir su sexualidad responsable y sin riesgos.

1.8 Planificación Familiar

“La planificación familiar es considerada a nivel mundial como factor esencial, para la prevención de la salud materno-infantil, como su nombre lo indica debe darse dentro de los límites de la familia, entendida ésta como la base de la sociedad, en donde ambos cónyuges poseen los mismos derechos a decidir sobre su comportamiento sexual y reproductivo para el bienestar de la familia y la sociedad.

Planificar no consiste únicamente en limitar el número de hijos o hijas que se quieran tener, también significa paternidad responsable que descansa

en la filosofía que la pareja debe tener los hijos/as que pueda educar y satisfacer todas sus necesidades como personas equilibradas y responsables”⁽⁸⁾

La planificación familiar, puede ser todavía un tema delicado y controversial en algunas partes del mundo incluyendo Guatemala, aunque ya se ha reconocido internacionalmente de la necesidad del control voluntario de la fecundidad, haciéndose referencia que desde el punto de vista médico-social proporciona salud y bienestar a la mujer y su familia en general.

La anticoncepción permite el espaciamiento voluntario de los embarazos y previene las muertes maternas. La mortalidad materna es uno de los indicadores de la calidad de vida de la población, asociado con el nivel de desarrollo social y al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Se considera, que el alto porcentaje de muertes maternas que ocurren anualmente pueden prevenirse.

En los países desarrollados solo se registran de 2 a 9 muertes por causa del embarazo por 100,000 nacidos vivos. En los países en desarrollo las cifras oscilan desde 300 a 1,000 o más, teniendo el riesgo de morir de 50 a 100 veces mayor.

Un embarazo puede prevenirse, pero también puede afectar a una mujer con una enfermedad ya preexistente puede representar un riesgo, madre-hijo/a. Los riesgos aumentan con la multiparidad, con los espacios intergenésicos cortos y cuando la madre es mayor de 35 años o menor de 20 años, colocando en esta última nuestra población adolescente.

A pesar de los adelantos de la atención obstétrica continúan muriendo muchas madres e hijos/as.

⁽⁸⁾ Omran, Abdel R. Y José Antonio Solís, Salud Reproductiva en las Américas O.M.S./O.P.S., Tampa Florida, 1992, Pág. 39

El espaciamiento de los embarazos es uno de los medios más eficaces para mejorar el estado de salud de las mujeres y de sus hijos/as.

Guatemala actualmente se encuentra en una grave situación de pobreza, con muchas necesidades insatisfechas y urgentes servicios fundamentales de salud, vivienda, educación, constituyéndose uno de ellos los servicios de planificación familiar, necesarios para lograr un bienestar integral de la mujer, de la familia y de la sociedad en general.

1.8.1. Importancia de Consejería en los Servicios de Planificación Familiar

La Federación Mundial de Agencias de la Salud, realizó los primeros trabajos sobre consejería, estas actividades alentaron a otros organismos y agencias donantes de planificación familiar, como es la Asociación para la Contracepción Segura y Voluntaria a contribuir a que los servicios de planificación familiar mejoren o implementen la consejería.

Este término con frecuencia se presta a confusión, esta palabra se deriva de la palabra “counseling” (no tiene significado en español). En países de habla hispana se entiende como orientación para designar esta actividad, es por ello que con frecuencia se usan los términos de orientación-consejería.

Se inicio a partir de 1980, posterior a las experiencias vividas en Latinoamérica y se consideró que los lugares en donde se tuvieran servicios o clínicas de planificación familiar se brindara consejería, la cual ayuda a garantizar que los y las usuarias tomen decisiones libres e informadas acerca de la fecundidad.

En este contexto también, contribuye a que elijan el método de planificación familiar más apropiado para ellos y sus circunstancias y les

suministra la información que necesitan para usar el método exitosamente y afrontar los efectos secundarios.

1.8.1.1. Consejería

“Es un proceso de comunicación personal, mediante el cual se ayuda al usuario/a a tomar decisiones acerca de su vida reproductiva, en forma voluntaria, consciente e informada”⁽⁹⁾

1.8.1.2. Objetivos de la Planificación Familiar

- ◆ Permite al usuario/a evaluar las ventajas y los riesgos de los Métodos Anticonceptivos disponibles.
- ◆ Ayuda al usuario/a a considerar sus necesidades y sentimientos particulares.
- ◆ Contribuye a que el usuario/a, tome decisiones informadas, voluntarias acerca de la fecundidad y la anticoncepción.
- ◆ Implica una comunicación de dos direcciones entre consejero/a y usuario/a.
- ◆ Ofrece información y permite que el usuario la aplique a sus necesidades y circunstancias particulares.
- ◆ Facilita al usuario/a la utilización correcta de los métodos anticonceptivos.

Cuando la consejería funciona de esta manera, apoya el uso de la anticoncepción a largo plazo, dando confianza a los usuarios/as en el servicio de planificación familiar.

La consejería no se debe dejar únicamente al consejero/a sino a todas las personas que trabajan en una institución de salud.

⁽⁹⁾ AVSC, Prototipo de Currículo. Op. Cit. Pág. 11

1.9 Métodos Anticonceptivos

Anticonceptivos: Fármacos, productos o métodos encaminados a evitar la concepción”⁽¹⁰⁾

En la actualidad existen métodos anticonceptivos naturales, métodos de barrera, método de la amenorrea (mela), métodos hormonales y métodos quirúrgicos.

1.9.1 Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica

Son formas de identificar los días del mes, durante los cuales la mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada. La pareja no tiene relaciones sexuales en esos días, durante el ciclo fértil. Los métodos naturales son eficaces en un 70% a 80%.

Aquí se pueden incluir:

*** Método de Calendario o Ritmo**

Es un método temporal, que se basa en cálculos numéricos que determinan el período fértil del ciclo menstrual.

Es necesario que se tenga el número de días de cada uno de los últimos seis ciclos menstruales, el cual debe comenzarse a contar el primer día de su período hasta el día antes de que comienza su próximo período.

Escoger el más largo y el más corto de los seis, para decidir cual parte del mes es su momento fértil, reste 18 del ciclo más corto y 11 del más largo.

*** Método de Temperatura Basal**

⁽¹⁰⁾ Diccionario Everest, Op. Cit. Pág. 126

Este método se basa en la determinación del período fértil, a través de la medición exacta de un ligero aumento de la temperatura corporal.

* **Método Sintotérmico**

Denominado así, porque combina síntomas y signos con la temperatura basal, cambios en el moco cervical y cálculos numéricos, para determinar el período fértil de la mujer.

* **Método de la Amenorrea de la Lactancia (Mela)**

Es un método natural temporal, basado en la inhibición de la ovulación causada por el aumento de la producción de prolactina por el estímulo de la succión, el cual es efectivo en un 98% durante los primeros seis meses postparto, siempre que la lactancia sea exclusiva y la paciente permanezca en amenorrea.

* **Método de Coito Interrumpido**

Este es un método tradicional de planificación familiar, en el que el hombre retira el pene de la vagina de la mujer inmediatamente, antes de la eyaculación.

1.9.2 Métodos Temporales

Son todos aquellos que pueden utilizarse en forma temporal, entre ellos:

- Métodos de Barrera

*** Condòn**

Recubrimiento delgado de látex, vinilo o de productos naturales/animales, que se coloca en el pene erecto para impedir la unión de óvulo y espermatozoide. Este es el único método temporal disponible para el hombre, protege contra enfermedades de transmisión sexual.

*** Diafragma**

Es una copa de caucho en forma de domo, está unida a un anillo flexible que se inserta en la vagina antes de la relación sexual, este impide el paso de espermatozoides al útero al ser colocado en la vagina.

*** Espermicidas**

Son anticonceptivos en forma de tabletas, óvulos vaginales, espuma, jalea o crema, los cuales se colocan en la vagina antes del coito, inactivando los espermatozoides.

- Métodos Hormonales

*** Píldoras Anticonceptivas**

Las píldoras impiden que el óvulo salga del ovario cada mes, dificultan la entrada del espermatozoide a la matriz.

Hacen esperar el moco cervical, la mujer debe tomar una píldora cada día de acuerdo a las instrucciones.

*** Inyectables**

Son anticonceptivos hormonales de carácter temporal y reversible, administrados por inyección intramuscular, pueden ser trimestral, bimestral o mensual, actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical.

*** Implantes Subdèrmicos**

Es un método anticonceptivo hormonal, de carácter temporal, reversible, de larga duración y que provee protección por cinco años, se presenta en seis càpsulas, de silastic del tamaño de un fòsforo.

Se inserta por debajo de la piel en el brazo, mediante una incisiòn muy pequeña, actua inhibiendo la ovulaciòn y espesando el moco cervical.

*** Dispositivo Intrauterino**

El dispositivo intrauterino, es un pequeño objeto de plàstico que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible, impidiendo la fecundaciòn, su larga protección es de 10 años.

1.9.3. Métodos Quirùrgicos (permanentes)

*** Esterilizaciòn Quirùrgica Femenina**

Es un método anticonceptivo quirùrgico de carácter permanente, consistente en el corte y ligadura de las trompas de falopio, lo cual impide que los espermatozoides lleguen al òvulo y lo fertilicen, es un método de carácter permanente.

*** Vasectomìa**

Es una operaciòn sencilla, consiste en el corte y ligadura de los conductos diferentes, que al bloquear los mismos y no hay espermatozoides en el eyaculado, esta operaciòn es de carácter permanente.

Estos son los métodos anticonceptivos que la poblaciòn guatemalteca tiene acceso, pero una de las grandes limitantes es la demanda insatisfecha de servicios de planificaciòn familiar, la falta de acceso a los mismos, la falta de informaciòn de la vida sexual y reproductiva.

Además, la información errònea, los mitos y tabùes acerca de la planificación familiar abundan entre adultos y jòvenes, asì tambièn las elevadas tasas de embarazos involuntarios y de enfermedades de transmisiòn sexual.

CAPITULO 2

PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

El contenido que se presenta en este capítulo, conlleva aspectos de mucha trascendencia, como lo es el programa de Maternidad y sus servicios dentro del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

2.1 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, es una institución autónoma, de derecho público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y obligaciones, creada por decreto número 295 de 1946, durante el gobierno de Dr. Juan José Arévalo Bermejo en base al artículo 100 de la Constitución Política de Guatemala, que reconoce el derecho de seguridad social, para beneficio de los habitantes del país.

Su régimen se instituye en forma nacional, unitaria y obligatoria, dado a que la sociedad organizada y civilizada no puede ignorar los problemas que por una u otra causa infringen al conglomerado de habitantes de un país, ya que todo ser humano espera que el grupo social del cual forma parte, para el que vive o trabaja se preocupe por él, y que enmarca en la solidaridad humana.

Su finalidad es la de aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social de conformidad con el sistema de protección mínima, protegiendo a todos los trabajadores/as afiliados que se encuentran expuestos de un modo y otro a contingencias, que

disminuyen o terminan sus ingresos cuando debe suspender su trabajo por causa de accidente, enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y sobrevivencia.

Sus oficinas centrales se encuentran ubicadas en la 7ª. Avenida 22-72, zona 1 Centro Cívico y sus dependencias ubicadas en toda la república.

2.1.1 Órganos Superiores del Instituto

Junta Directiva: Constituye la autoridad suprema, en consecuencia le corresponde la dirección general de las actividades de la institución.

Gerencia: Es el órgano ejecutivo del Instituto, que tiene a su cargo la administración y gobierno del mismo, lleva a la práctica las decisiones que adopta la Junta Directiva sobre la dirección general del Instituto por un gerente y subgerente.

Consejo Técnico: Integrado por un grupo de asesores de funciones consultivas.

El Instituto forma su fondo financiero con aportaciones proporcionales del Estado, los patronos y de los trabajadores.

Cubre los riesgos:

- Accidentes en general
- Enfermedades generales
- Maternidad
- Invalidez, vejez y sobrevivencia

La cobertura por enfermedad y maternidad incluye a los departamentos de: Guatemala, Zacapa, Chiquimula, Jalapa, Baja Verapaz, Sololá, Quiché, Totonicapán, Sacatepequez y Escuintla.

2.2 Programa de Maternidad

En el año de 1953 el Programa de Maternidad comienza a dar protección en el Departamento de Guatemala, a la esposa, mujer de hecho o a la compañera del trabajador afiliado, así como a la trabajadora afiliada.

Prestaciones relativas:

- Prestaciones en dinero, subsidio de maternidad y cuota mortuoria.
- Prestaciones en servicio: Asistencia médica quirúrgica general, especializada, preventiva, curativa, durante la fase prenatal y postnatal.
- Hospitalización
- Asistencia farmacéutica
- Exámenes radiológicos, de laboratorio y demás exámenes.
- Trabajo Social
- Ayuda de lactancia (en casos muy especiales)
- Canastilla maternal (bajo ciertos requisitos)

Las prestaciones que se otorgan a los hijos/as de los afiliados/as y beneficiarias son: Atención de prematuros, tratamiento de anomalías congénitas, exámenes médicos, de control, de salud, asistencia médica quirúrgica por enfermedad y por accidentes, vacunas contra enfermedades transmisibles, ayuda láctea y educación a la madre sobre cuidado del niño/a en forma teórica y práctica.

2.2.1 Hospital de Gineco-Obstetricia

Inicia sus actividades en el Antiguo Hotel “Victoria”, propiedad del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, situado en la zona 9, siendo atendido por 10 médicos, 10 enfermeras graduadas y 15 parteras adiestradas

en la ciudad de México, dando también atención médica al menor hasta los dos años de edad.

En el año de 1,973 la Ciudad de Guatemala sufrió un terremoto y como consecuencia, las instalaciones del hospital tienen que trasladarse a la parte posterior del Hospital de Rehabilitación situado en Pamplona zona 12, lugar donde se encuentra y donde se atiende con un horario de 8:00 a 16:00 horas, emergencias las 24 horas y visitas de pacientes de 16:00 a 16:45.

Actualmente los servicios con que cuenta son: salas de parto normal, sala de complicaciones, sala de post-operadas, clínica de infectología, sala de operaciones de alto riesgo, emergencia, servicio de alto riesgo y prematuros.

En la consulta externa se cuenta con clínicas de control pre-natal, clínica de post-parto, genético, ultrasonido, cardiología, psicología, clínica dental, seguimiento especial de prematuros, planificación familiar, jefatura de enfermeras, sección de Trabajo Social, Clínica de la adolescente, Escuela de madres.

El Hospital de Gineco-Obstetricia atiende gran demanda de casos de mujeres adolescentes, que posterior a su maternidad, son referidas a los servicios de planificación familiar.

2.3 Programa de Salud Reproductiva

El Programa de Salud Reproductiva, fue oficialmente autorizado el 16 de junio de 1,992 con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materna infantil al identificar, prevenir y tratar los principales factores de riesgo materno prenatales de la población derechohabiente al Instituto.

Los factores de riesgo en las usuarias, están dados por embarazos en edades inadecuadas, espacio intergenésico corto, multiparidad y alta incidencia en abortos.

De acuerdo a una investigación que se realizó en octubre de 1992, sobre: **“Los Factores de Riesgo Reproductivo y Niveles de Uso y Conocimiento de Métodos Contraceptivos en el IGSS”**, realizada por el Dr. Carlo Bonatto Mèrida, Dr. Gustavo Gutiérrez y Dr. Gildardo Lemus Arriaza; se demostró que el 64% de la población del IGSS no utilizaba métodos anticonceptivos, el 75% desconocía de los métodos y que el 71% deseaba utilizar algún método y un 98% deseaba tener acceso a los servicios en el IGSS.

Fue así como el 1 de octubre de 1,993 en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se inicia el Programa de Salud Reproductiva con su estrategia de planificación familiar e introduciendo el componente de “Consejería” sinónimo de orientación en nuestro medio.

La Consejería en Planificación Familiar, permite una comunicación de doble vía entre consejero/a y usuario/a a través de la cual el usuario o usuaria nos manifiesta sus necesidades e inquietudes acerca de su vida reproductiva y el consejero/a brinda una información clara y fidedigna, de la gama de métodos anticonceptivos.

Además, con el fin de disminuir temores de los mitos y tabúes que existen sobre los diferentes métodos y con el propósito que la usuaria decida en forma voluntaria el método anticonceptivo que desea utilizar.

Durante algunos años, se ha capacitado al personal en actividades que permitiràn ampliar las coberturas, mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

En 1,994 se inicia el servicio de la Operación Esterilizante, con anestesia local para la mujer y la Vasectomía sin bisturí para el hombre, se introdujo el Acetato de Medroxiprogesterona-Depo-Provera (Inyectable) como nuevas

opciones y en 1,995 la inserción del Dispositivo Intrauterino, T de cobre, la cual puede insertarse post-parto, post-aborto y post-cesárea.

Se ha contado con el apoyo de la Agencia Internacional para el desarrollo- USAID, quien a través de la Asociación para la Contracepción Segura y Voluntaria, con sede en la regional Santa Fe de Bogotá, Colombia han cooperado con asesoría técnica, capacitación, equipos e insumos.

Con el apoyo de la Asociación para la Contracepción Segura y Voluntaria AVSC-AID, hubo fortalecimiento y expansión a los Hospitales, Juan José Arévalo Bermejo y Unidad Periférica zona 5.

Posterior se amplió la cobertura, en tres hospitales y seis centros de atención del Departamento de Escuintla.

Se realizó diagnóstico Situacional previo a implementar y fortalecer los servicios de planificación familiar a los Hospitales de Mazatenango, Zacapa, Chiquimula y a siete unidades de atención del área metropolitana: los consultorios de Villa Canales , Fraijanes, San José Pinula, San Juan Sacatepéquez, Amatitlán, Palencia y Finca Santa Leonarda.

Se tomaron en cuenta para una segunda fase, en donde también se cubre el Programa de Maternidad a las unidades médicas de los departamentos de: Sacatepéquez, Totonicapán, Sololá, Quiché, Salamá, Jalapa y de nuevo Escuintla y siete de sus municipios: Palín, Tiquisate, La Gomera, Santa Lucía Cotzumalguapa, Siquinalá, Puerto de San José y la Democracia.

El diagnóstico situacional, fue la estrategia principal para conocer la situación actual de los servicios de Planificación Familiar , las necesidades de los proveedores, de los usuarios/as, capacitación del personal y la existencia o falta de equipos médicos, audiovisuales, de suministros de los diferentes métodos anticonceptivos y de obstáculos técnicos y administrativos que impiden la consolidación del Programa de Salud Reproductiva.

Los servicios de Planificación Familiar, deben formar parte de una atención integral materno-infantil, es un error implementarlo aisladamente, son un componente importante de la salud reproductiva, por lo que debe apoyarse la calidad del control pre-natal, con servicios de mediano y alto riesgo, educación sexual, clínicas de infertilidad, clínicas de ginecología.

2.3.1 Clínica de Planificación Familiar

La Clínica de Planificación Familiar, anteriormente ofrecía sus servicios de una manera no programática, se atendía únicamente a las mujeres que habían finalizado su embarazo en aborto o cesárea.

Entre los métodos temporales que se ofrecían se contaba con la píldora, preservativos y dispositivos intrauterinos (Tcu 380). Además, se ofrecía esterilización quirúrgica, laparoscopia o pomero y solo durante la cesárea y a las mujeres que solicitaban y cumplían con los requisitos establecidos.

El 1 de octubre de 1,993 el Hospital de Gineco-Obstetrica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, inicia el Programa de Salud Reproductiva con su estrategia de Planificación Familiar y amplía la cobertura de pacientes afiliadas y beneficiarias del seguro social.

La Clínica de Planificación Familiar en la actualidad cuenta con un sistema de información, promoción y divulgación, sobre la importancia de la planificación familiar y los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, en donde participa el personal de las diferentes disciplinas, o sea que la usuaria recibe información durante su estancia en la unidad, desde su inscripción, primer control prenatal y reconsultas hasta llegar a término su embarazo.

La paciente afiliada o beneficiaria al tener su cita post-parto es atendida por el Gineco-Obstetra y también por planificación familiar, cita en la cual la beneficiaria acredita su derecho indefinido, siempre y cuando no falte a

ninguna consulta y la afiliada mientras este cotizando tiene derecho a su prestación en servicio.

La paciente afiliada o beneficiaria, recibe consejería en su primera cita de planificación familiar en la Sección de Trabajo Social y posterior pasa a su consulta.

Actualmente en el Hospital de Gineco-Obstetricia Consulta Externa, se cuenta con las siguientes clínicas:

- Dos clínicas de Planificación Familiar de 8 horas de servicio.
- Una clínica de post-parto, legado y de Planificación familiar de 8 horas de atención

Cada una de las clínicas atiende un promedio de 50 pacientes diarias, durante la jornada matutina y la vespertina.

En la actualidad las usuarias y usuarios tienen disponibles los siguientes métodos anticonceptivos.

- **Métodos Naturales:** Se refieren las usuarias a centros donde brindan esta información por medio de varias sesiones a excepción del método de la lactancia-Mela.
- **Métodos Temporales:** Inyección, píldora, Tcu 380, preservativos y Nortplant.
- **Métodos Definitivos:** Operación esterilizante para la mujer y la Vasectomía sin bisturí para el hombre, ambas se realizan bajo anestesia local.
- Además se cuenta con 1 clínica de colocación de Nortplant y de genética.

El programa de Salud Reproductiva, en virtud de que uno de los factores de riesgo de las usuarias esta dado por embarazos en edades inadecuadas y

por la alta incidencia de madres adolescentes que asisten al Hospital de Gineco-Obstetricia se está ampliando la demanda del servicio.

El 9 de marzo de 1,998 se creò la **“Clínica de la Embarazada Adolescente”**, que pretende incorporar a las usuarias de 10 a 17 años como un grupo especial, en la políticas de salud y planificación familiar dentro del seguro social.

Este nuevo plan de atención a la embarazada adolescente se ha podido implementar gracias al apoyo y supervisión del Programa de Salud Reproductiva y funciona como un plan piloto dentro de la institución y también a nivel de toda la república de Guatemala.

Actualmente se atienden un promedio de 82 pacientes, según datos de enero a junio 2000, la clínica es un centro de captación de embarazadas adolescentes afiliadas y beneficiarias del seguro social incluyendo lugares periféricos como : Villa Canales, Sana Catarina Pinula, Amatitlan, Finca Santa Leonarda, Fraijanes, Villa Nueva y Unidad Periférica zona 5.

Esta población es atendida por un equipo multidisciplinario de las diferentes disciplinas: Médicos Gineco-Obstetras, Odontóloga, Psicóloga, Trabajadoras Sociales, Enfermería, Educadoras de la Salud, etc.

Actualmente se cuenta con una clínica específica para embarazadas adolescentes, que es atendida por personal fijo, en horario de 8 horas mañana y tarde, se atiende un promedio de 30 adolescentes diarias.

Cabe mencionar que existe un servicio diferenciado para la embarazada adolescente, en relación al resto de la población que se atiende en las clínicas de maternidad.

Posterior a su inscripción, asisten a su primera consulta a la cual previamente se les imparte una charla sobre los derechos y obligaciones que

tienen dentro de la unidad y la importancia de la planificación familiar, además del funcionamiento de la Escuela de madres.

Se les integra al Programa de Madres Adolescentes que se tiene en el hospital de Gineco-Obstetricia, en donde a nivel del equipo multidisciplinario se les imparten charlas desde el punto de vista emocional, social y de salud.

Entre las pláticas podemos mencionar autoestima, violencia intrafamiliar y laboral, sobre salud bucal, enfermedades de transmisión sexual, métodos de planificación familiar.

Además, se hace recorrido por el Hospital y tienen preparación para el parto en varias sesiones.

El día de su primera consulta prenatal, previamente se realiza entrevista individual en la Sección de Trabajo Social, en donde se elabora ficha inicial especial para adolescente, la cual permite detectar casos especiales como, abuso sexual, violación, violencia intrafamiliar o cualquier otro problema que atraviesen y poder orientarla o referirla a donde corresponda.

Posteriormente tienen su consulta prenatal y control de ultrasonido de rutina, de preferencia se les realiza a las diez y seis o veintidós semanas de embarazo.

Son referidas a Clínica de Psicología de rutina, a la hora del parto, no hay servicio diferenciado. Luego son atendidas en cita de 40 días y si desean planificar con inyección o preservativos el médico otorga de una vez el método anticonceptivo, sino se refieren a las clínicas de planificación familiar por reconsulta, si ya empezaron a planificar continúan sus citas o las inician.

En las Clínicas de Planificación familiar, no se cuenta con servicio específico para madres adolescentes por lo que no se tiene conocimiento sobre el inicio o abandono del uso de métodos anticonceptivos.

2.4 Participación del Trabajador Social en el Programa de Salud Reproductiva

Se considera importante partir que el Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales, su concepción filosófica está basada en principios y objetivos que hacen al Trabajador Social un profesional que conoce e interpreta la realidad guatemalteca, lo que permite educar y orientar a personas y grupos en función de que descubran sus propias capacidades y contribuyan a su desarrollo.

El Trabajo Social se define como: “Práctica Social fundamentada en las ciencias sociales, que en forma científica interviene en la problemática social a nivel individual, grupal y comunal, derivada de la estructura económica y social.

Propiciando mediante la organización y concientización de los sectores mayoritarios, su movilización y auto-gestión en la búsqueda de mejores niveles de vida que les permita el bienestar integral, derivado de un proceso de promoción social constante que les involucre en la transformación social”. ⁽¹¹⁾

Para una mejor orientación en cuanto a la acción profesional se hace referencia de las siguientes funciones:

- Función de Investigación

Función indispensable, porque es imposible tratar de intervenir en forma eficaz en la solución de problemas sociales o de cualquier otra índole, sino se tiene conocimiento de sus causas, efectos e interrelaciones causales.

La función de investigación perseguirá el conocimiento, análisis e interpretación de la realidad, de los campos de aplicación de Trabajo Social, en general deberá de efectuarse a dos niveles.

⁽¹¹⁾ Valdizón de Sanchez, Arlina, “Introducción al Trabajo Social”, Universidad Rafael Landívar, Guatemala, 1994, pág. 147

- **Función de Planificación**

El desempeño de esta función, permite al profesional diseñar las acciones que contribuyan al cambio social, tomando en cuenta la realidad, expectativas y valores de la población. No debe olvidarse que la función de planificación involucra también la función de evaluación, para re teorizar y reformular según el caso; deberá de efectuarse con la sistematización debida, a efecto de que la planificación pueda ser objeto de modificación conforme la realidad lo exija.

- **Función de Organización para la Movilización y Gestión Popular**

Esta función deberá cumplirse mediante la identificación y agrupamiento de personas, en organizaciones que les permitan tener participación en el proceso de cambio y en sus gestiones encaminadas a lograr su bienestar; debe enfocarse además, a la unificación de esfuerzos de las distintas organizaciones ya existentes, de manera que no actúen independientemente sino se constituyan en verdaderos grupos de presión para que sus peticiones sean atendidas.

- **Función de Promoción para la Transformación Social**

Esta función se encamina a sensibilizar a la población para que haya una movilización espontánea de las comunidades con la finalidad de encarar su problemática. Para esto se requiere que las personas estén debidamente organizadas.

Además de las funciones básicas del trabajador/a social es necesario mencionar las mismas dentro del programa de Salud Reproductiva, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- Brindar orientación sobre leyes y reglamentos del Instituto, a fin de que las afiliadas y/o beneficiarias se informen sobre sus derechos y obligaciones con el mismo.
- Participar en impartir pláticas de orientación, dirigidas a afiliadas y/o beneficiarias que asisten a su primer control prenatal, a fin de que conozcan el funcionamiento de la clínica de Salud Reproductiva.
- Brindar consejería a afiliadas y /o beneficiarias, que decidan someterse a Operación Esterilizante, para que se informe como se hace y los beneficios y riesgos que conlleva su realización.
- Orientar a los hombres que deseen someterse a la Vasectomía sin bisturí, para dar a conocer los beneficios y riesgos de la misma, o bien dar esta información a las parejas que lo soliciten.
- Realizar estudio medico-social, a afiliadas y/o beneficiarias que se someterán a operación esterilizante.
- Atender a las afiliadas y/o beneficiarias que presenten problemas familiares, laborales, socioeconómicos y de salud, procurando resolverlos; así como servir de enlace entre el hospital, paciente, médico, patrono y la familia.
- Brindar consejería a pacientes, que asisten a su primer control a la clínica de Planificación Familiar, para que se informe sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles y a los que tiene derecho.
- Coordinar actividades con el Equipo Multidisciplinario de la clínica de Salud Reproductiva, para mantenerse informados sobre los métodos anticonceptivos temporales, la operación esterilizante, la vasectomía sin bisturí y así poder orientar adecuadamente a los pacientes.

- Divulgar a través de jornadas informativas, el funcionamiento de la clínica de Salud Reproductiva a los distintos Departamentos y Municipios que cubre el programa de Maternidad del Instituto.
- Realizar investigaciones, sobre los casos que se le asignen en la Oficina de Trabajo Social.
- Participar como facilitadora en talleres, que se organicen para informar y orientar al personal del Instituto que labora en el hospital y en las demás unidades médicas que tienen el programa de maternidad, sobre consejería y salud reproductiva.
- Participar en pláticas de información y orientación cuando se le solicite de otras unidades médicas del Instituto, sobre los temas relacionados con el Programa de Salud Reproductiva.
- Participar en la realización de Diagnósticos Situacionales, en donde se pretenda la extensión de cobertura del Programa de Salud Reproductiva.

CAPITULO 3

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DEL TRABAJO DE CAMPO DE LA SITUACIÓN DE LAS MADRES ADOLESCENTES

3.1 Factores Socioeconómicos de las Madres Adolescentes

En este capítulo se presenta un análisis cuantitativo y cualitativo, que evidencian la situación socioeconómica de las madres adolescentes del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

Los resultados que se obtuvieron por medio de la investigación de campo, fue realizada a 115 madres adolescentes que constituyen una muestra del 10% de 1,154 de la población adolescente, que se atiende en el Hospital de Gineco-Obstetricia, para el año 2,000.

Para el proceso de la investigación se contó con el auxilio de la técnica de la entrevista, obteniéndose de esta manera alcanzar los objetivos, así como la comprobación de las hipótesis que se plantearon.

Hipótesis General

1. El estado al no impulsar políticas de Salud Reproductiva a favor de las y los adolescentes no contribuye a disminuir los altos índices de madres adolescentes que inician una vida sexual con riesgo.

Hipótesis Específicas

1. La situación socioeconómica precaria de las madres adolescentes del Programa de Salud Reproductiva del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, limita su desarrollo integral.

2. La falta de seguimiento en las clínicas de Planificación Familiar de las madres adolescentes en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, pone en riesgo su salud reproductiva.

Los instrumentos utilizados para el efecto, permitieron establecer la situación de las madres adolescentes y poder determinar un Programa de Atención que contribuya a su desarrollo integral.

3.1.1 Datos Generales de las Madres Adolescentes

Se dan a conocer edades, estado civil, procedencia, religión de las madres adolescentes del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

CUADRO No. 1

**Edad de las madres adolescentes del Hospital de
GINECO- OBSTETRICIA DEL IGSS**

Años	No.	%
13-14	6	5
15-16	42	37
17-18	67	58
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro muestra que la mayoría de las madres adolescentes, están comprendidas en edad de 17 años por cumplir 18, lo que corresponde a un 58% de las entrevistadas, un 37% en edades de 15 y 16 años y un porcentaje más bajo de 5% en edades de 13 y 14 años.

Lo cual permite visualizar que a su corta edad, deben asumir y afrontar una serie de problemas y responsabilidades con el embarazo a temprana edad,

que se encuentran en la etapa de la adolescencia, en la cual el ser humano empieza a crecer, desarrollarse hacia la madurez y que tanto el hombre como la mujer en esta etapa presenta cambios biológicos, psicológicos y que no es un período adecuado para engendrar. Resulta ser el embarazo un factor de riesgo para esta población, situándose al adolescente según la organización mundial de la salud desde los 10 a los 19 años.

Sin embargo, en el estudio se entrevistaron madres adolescentes desde 13 hasta los 17 años, por considerarse mayores de edad a los 18 años en el país de Guatemala.

CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS

ESTADO CIVIL	No.	%
Soltera	31	27
Casada	34	30
Unida	50	43
Total	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro muestra que un 43% de madres adolescentes están solo unidas, un 30% están casada y un 27% lo constituyen las solteras.

De acuerdo a esta información que brindaron las entrevistadas se detecta que en su mayoría las adolescentes que se unieron o contrajeron matrimonio

fue por causa del embarazo, por no ser señaladas socialmente y por presiones familiares. Algunas con el ánimo de formar una familia.

El estado civil de las madres adolescentes, puede contribuir a estabilizar o afectar el estado emocional y económico de las mismas.

En cambio las madres adolescentes solteras cuyo compañero ha evadido responsabilidades, deben afrontar su maternidad solas, sintiéndose abandonadas, o rechazadas que les intensifica un desequilibrio en todo aspecto, emocional, económico y social.

CUADRO No. 3
PROCEDENCIA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL DE GINECO-OBTETRICIA DEL IGSS

PROCEDENCIA	No.	%
Capital	96	83
Departamento	19	17
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro muestra que un 83% de las madres adolescentes entrevistadas viven en la capital y que un 17% son procedentes del interior de la república, provenientes de los departamentos de Santa Rosa, Retalhuleu, Totonicapan y Jutiapa.

Muchas emigraron hacia la capital, con el fin de mejorar sus condiciones de vida y poder contribuir con el grupo familiar, acomodándose a otras formas de vida, vestuario, idioma y otros.

CUADRO No. 4

VIVIENDA DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBTETRICIA DEL IGSS

VIVIENDA	No.	%
Alquilada	86	75
Propia	29	25
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro refleja que un 75% de las madres adolescentes alquilan vivienda, en donde no cuentan con los servicios básicos necesarios de agua y luz, servicio sanitario y otros, viviendo en condiciones insalubres, de hacinamiento y promiscuidad, siendo un 25% que vive en casa propia, pero de los padres de alguno de la pareja; acomodándose en las mismas, superditados a las posibilidades que pueda tener la familia. Además la intervención de los mismos, en su vida familiar no permitiéndoles desarrollarse con criterio propio.

CUADRO No. 5

**RELIGIÓN QUE PROFESAN LAS MADRES ADOLESCENTES
DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA**

RELIGION	No.	%
Católica	26	23
Evangélica	68	59
Ninguna	21	18
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro muestra que un 59% de madres adolescentes profesan la religión evangélica, mientras que un 23% la religión católica, y un 18% no practica ninguna religión.

Este demuestra que pese a los principios y condiciones morales que impone el dogma de la religión, no constituye un obstáculo o freno para que las adolescentes tomen la decisión de iniciar relaciones sexuales a temprana edad con el riesgo de ser madres. En ese sentido no es la religión quien determina en que momento de la vida esta o no preparada para ser madre, sino más bien son aspectos culturales que se involucran en esto. Y que las adolescentes se constituyen en población de riesgo fácilmente, al iniciar una vida sexual sin estar casadas y además por no tener una educación sexual amplia, terminan con embarazos tempranos.

Es necesario hacer mención que al tener respuesta de las madres adolescentes de que no practican ninguna religión, nos damos cuenta de la pérdida de valores religiosos que podrían acrecentarse.

3.1.2 Escolaridad

La escolaridad de las madres adolescentes es baja, debido a que la mayoría se casaron escasamente en el nivel primario

CUADRO No. 6

**ESCOLARIDAD DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS.**

ESCOLARIDAD	No.	%
Alfabetas	5	4
Analfabetas	3	3
Nivel Primario	74	64
Nivel Secundario	25	22
Nivel Diversificado	8	7
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

En relación a los datos que se reflejan en el cuadro, un 64% de las madres adolescentes entrevistadas, lograron estudiar únicamente el nivel primario; el 22% obtuvieron estudios a nivel secundarios, un 7% realizaron estudios a nivel diversificado, entre ellas secretarias comerciales, bachilleres en ciencias y letras, mientras que un 4% son alfabetas y el 3% restante son analfabetas.

Con esos datos, se puede determinar que el nivel de escolaridad de las madres adolescentes es bajo, pudiéndose observar la mayor asistencia escolar en el nivel primario.

Esto resulta ser una limitante para aspirar a un buen trabajo, que les represente un salario que les permita cubrir sus necesidades básicas.

CUADRO No. 7

MOTIVOS POR LOS QUE ABANDONARON SUS ESTUDIOS
LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS

ABANDONO	No.	%
Falta de ingresos	46	40
económicos	34	30
Embarazo	15	13
Falta de interés	20	17
Problemas Familiares		
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

Según el presente cuadro, el 40% de las entrevistadas dejaron de estudiar por falta de recursos económicos, teniéndose que incorporar a la actividad laboral para ayudar a su grupo familiar y otras para ayudar a cuidar a sus hermanos/as menores y realizar tareas del hogar.

Un 30% abandonaron sus estudios por el embarazo, en su mayoría contrajeron matrimonio o iniciaron una vida marital; un 17% abandonó los estudios por problemas familiares, un 13% de jovencitas dejaron de estudiar por falta de interés, motivación y apoyo por parte de sus padres.

3.1.3 Ocupación u oficio de las Madres Adolescentes

La ocupación y oficio de las madres adolescentes son variadas, lo cual se puede apreciar en el cuadro No. 8.

CUADRO No. 8

OCUPACION U OFICIO DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS

OCUPACIÓN U OFICIO	No.	%
Ama de Casa	73	63
Dependiente	7	7
Operaria	26	23
Servicio	5	4
Comerciante	4	3
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

De acuerdo a los datos obtenidos en el estudio, se encontró que un 63% de las madres adolescentes son amas de casa, dedicándose a la crianza y a oficios domésticos, un 23% son trabajadoras de maquilas como operarias o ayudantes de las mismas, un 7% trabajan como dependientes de almacenes y el 3% restantes como comerciantes, venta de tortillas o comidas callejeras.

Esto refleja que las madres adolescentes interrumpen sus estudios para adoptar su papel de amas de casa, si cuentan con el apoyo económico de su pareja, otras se ven en la necesidad de apoyar y aportar económicamente al hogar y las solteras deben trabajar para poder subsistir con su recién nacido.

Las madres adolescentes que trabajan, se encuentran laborando en condiciones poco favorables con bajos salarios, explotación en tiempo y fuerza de trabajo.

El que la madre adolescente, se desplaza a trabajar afecta a hijo (a) o hijos (as), pues se ven obligadas a dejarlos bajo el cuidado de familiares o empleadas domésticas, lo que provoca un estado de intranquilidad que afecta al recién nacido y muchas veces su relación de pareja.

3.1.4 Situación Económica

Las madres adolescentes tienen unos ingresos familiares tan bajos que no les permite cubrir sus necesidades básicas, lo cual se refleja en el cuadro No. 9

CUADRO No. 9

**INGRESOS FAMILIARES DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS.**

INGRESOS	No.	%
500 - 700	23	20
701 - 900	52	45
901 a más	40	35
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro refleja que el 45% de la población investigada, obtiene un ingreso familiar de Q.701.00 a Q. 900.00 mensuales, un 35% percibe un ingreso de 901.00 a más mensuales y el 20% restantes únicamente de Q.500.00 a Q.700.00 mensuales.

Esto demuestra que la problemática económica que atraviesa la adolescente y su grupo familiar, no les permite cubrir las necesidades básicas,

de alimentación, vestuario, vivienda, salud y otros. Además de mejorar las condiciones de vida para ellas y su hijo (a) o hijos (as).

3.1.5 Situación Social y Familiar

La situación familiar y las relaciones de las madres adolescentes se ven afectadas por el embarazo, matrimonio, paternidad o maternidad temprana de las mismas, lo cual se refleja en los cuadros No. 10 y 11.

CUADRO No. 10

**SITUACION FAMILIAR DE LAS ADOLESCENTES
DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS**

FAMILIA	No.	%
Padres y Hermanos	15	13
Su Pareja y los suegros	26	23
Esposo	26	23
Conviviente	43	37
Sola	5	4
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro demuestra que un 37% de las entrevistadas, viven con su conviviente y un 23% con su esposo, en ambas situaciones formaron un hogar pero en su mayoría lo hicieron por presiones familiares al resultar embarazadas.

El matrimonio y maternidad precoz, pueden poner fin a la educación de las adolescentes, limitando sus posibilidades de trabajo en el futuro.

En otros casos, un 23% de madres adolescentes, vive con su pareja y suegros, un 13% con padres y hermanos y el 4% restante solas.

Esto refleja que quienes tienen que convivir con padres o familiares tendrán que aceptar las presiones y normas del hogar lo que no les permitirá desarrollarse como una pareja independiente y en el peor de los casos, las madres solteras que son rechazadas por su familia tendrán que enfrentarse solas y quedando desprotegidas y desprovistas de apoyo que afecta el binomio madre e hijo/a.

CUADRO No. 11

RELACIONES FAMILIARES DE LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA

RELACIONES FAMILIARES	No.	%
Apoyo y comunicación	52	45
Falta de apoyo y confianza	29	25
Mala relación	19	17
Indiferencia	15	13
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El cuadro demuestra que un 45% de las entrevistadas, enfrentaron temor al saber que estaban embarazadas y al comunicárselo a sus padres, ellos mostraron enojo ante el embarazo de la adolescente y conforme paso el momento de tensión y de sorpresa fueron sintiendo apoyo y buena comunicación por parte de sus progenitores.

Mientras un 25% no recibieron apoyo y les restaron confianza, mostrándose desilusionados ante el embarazo precoz de la adolescente y presionando para obligar al padre del niño/a a casarse o unirse y ejerciera su responsabilidad.

Un 17% tienen mala relación con sus familiares, haciendo constantes reproches y humillaciones y un 13% restantes mostraron indiferencia.

3.1.6 Educación Sexual y Reproductiva

La falta de Educación Sexual y Reproductiva de las madres adolescentes, contribuyen a que las mismas tengan experiencias sexuales con riesgo a temprana edad, lo cual podemos observar en los cuadros 12,13 y 14.

CUADRO No. 12

HA RECIBIDO EDUCACIÓN SEXUAL LA MADRE ADOLESCENTE DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS.

EDUCACION SEXUAL	No.	%
Ninguna	56	49
Por sus padres	4	3
Familiares	17	15
Amigos	20	17
Escuela	18	16
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El cuadro nos demuestra que un 49% no ha recibido educación sexual, un 17% se ha informado por amigos, un 16% por la escuela, un 15% por familiares y un 3% por su padre.

Lo cual nos refleja que la sociedad y sus instituciones no han asumido la responsabilidad de informar y educar. La población adolescente no cuenta con los conocimientos básicos de la salud sexual y reproductiva, los programas oficiales de educación, no contienen este tipo de educación y al no aparecer indispensables conocimientos en la curricula de estudios, las futuras generaciones quedan oficialmente ignorantes de fundamentales conocimientos para su vida.

Razón por lo que las adolescentes, recurren a informarse de personas familiares o amigos sobre este tema y muchas veces no reciben las adecuadas orientaciones, sino basadas en tabùes y prejuicios.

Son muy pocas las que reciben orientaciones de su padre/madre y esto es, debido a que los mismos no se sienten cómodos de abordar determinados temas posiblemente desconocen al respecto.

CUADRO No. 13

**EDAD EN LA CUAL TUVIERON SU PRIMERA EXPERIENCIA
SEXUAL LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS**

EDAD	No.	%
12	2	2
13	11	10
14	18	15
15	26	23
16	48	41
17	10	9
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

Se consideró importante conocer a que edad las adolescentes iniciaron sus relaciones sexo-genitales, encontrándose que un 41% las inició a los 16 años, un 23% a los 15 años, a los 14 años un 15%, un 10% a los 13 años, un 9% a los 17 años y un 2% restante a los 12 años de edad.

De acuerdo a esta información, se puede señalar que la mayoría de adolescentes se encuentra en el rango de 15 a 16 años, por lo que se estima que la educación sexual debe darse en los primeros años de la educación, esto permitiría que esta población estuviera preparada para tener relaciones sexuales sin riesgo o fomentar la abstinencia

Muchas adolescentes tuvieron su primera experiencia sexual quizá por curiosidad, otras por una gran necesidad de afecto y de sentirse importantes para alguien y todo esto es producto de la inestabilidad familiar, problemas

familiares que incluyen: malas relaciones con los padres/madres, poca comunicación, violencia intra-familiar, alcoholismo, desafecto, abuso sexual y pobreza.

CUADRO No. 14

CONOCEN LOS RIESGOS DE TENER RELACIONES SIN PROTECCION LAS MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS

CONOCEN RIESGOS	No.	%
SI	79	69
NO	36	31
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro muestra, que un 69% de las madres adolescentes entrevistadas si conocían los riesgos de un embarazo, de enfermedades de transmisión sexual inclusive el SIDA, si tenían relaciones sin protegerse, pero por lo inesperado y no planificado, se dejaron llevar por el momento sin medir las consecuencias, aunque ahora razonen que deberían de haberse abstenido de tener relaciones, porque no se sienten preparadas para una maternidad.

Un 31% indica que no sabía qué riesgos corría al tener relaciones sexuales y que, por falta de orientación quedaron embarazadas y algunas han presentado algunas enfermedades venéreas que se están tratando.

Lo que lleva a concluir, que la mayoría de los casos no cuentan con una adecuada orientación sexual y reproductiva.

3.1.7 Planificación Familiar

Siendo la Planificación Familiar, una estrategia para mejorar la salud reproductiva de las madres adolescentes, se les entrevistó a las mismas si conocían y deseaban utilizar algún método anticonceptivo, lo cual se demuestra en los cuadros Nos. 15 y 16.

CUADRO No. 15

**QUE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR CONOCEN LAS
MADRES ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS**

METODOS	No.	%
Ritmo	--	--
Billings	--	--
Sintotérmico	--	--
Lactancia Materna	--	--
Píldora	10	9
Inyección	38	33
T de Cobre	9	8
Preservativos	13	11
Esterilización femenina	8	7
Vasectomía sin bisturí	2	2
Nortplant	6	5
Ninguno	29	25
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

Este cuadro nos muestra que un 33% conoce el método anticonceptivo de la inyección, en comparación con un 25% que no conoce ninguno, un 11% conoce el preservativo, un 9% la píldora, un 8% la T de cobre, un 7% la esterilización femenina, un 5% el Nortplant y un 2% la Vasectomía sin bisturí.

De esta manera se puede determinar, que la mayoría de las madres adolescentes conocen algún método anticonceptivo. Sin embargo el uso de los mismos en mujeres adolescentes es más bajo que en mujeres adultas y su causa es, debido a tabúes sociales que obstaculizan su utilización, también debido a la falta de servicios disponibles, accesibles y falta de información.

Se considera que una alta proporción de embarazos en las adolescentes, no son planificados y muchos son indeseados.

Es importante destacar que la mayoría de las entrevistadas conoce la inyección, quizá se debe que este método es el más utilizado en el seguro social, y las mismas usuarias son las que promocionan el método.

Por otro lado, los métodos naturales del ritmo, billings, sintotérmico, lactancia materna, ninguna de las entrevistadas indicó conocerlos aduciendo que no se promocionan y por ende los desconocen.

CUADRO No. 16

**INTERES POR PLANIFICAR SUS EMBARAZOS LAS MADRES
ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DE
GINECO-OBSTETRICIA DEL IGSS**

INTERES	No.	%
- Desea planificar pero, no sabe cual utilizará	52	45
- No planificará por no tener pareja.	25	22
- Decidirá con su pareja que método utilizará	38	33
TOTAL	115	100

Fuente: Investigación de Campo, marzo 2,000

El presente cuadro refleja, que un 45% de las madres adolescentes si desean planificar su familia, pero necesitan mayor orientación e información para determinar que método anticonceptivo que utilizarán, un 33% no toma la decisión y determina que método hasta que lo haya hablado con su pareja. Siendo un 22% que no planificará por no tener pareja por ahora.

Esto demuestra que en su mayoría las entrevistadas, si planificarán porque no desean embarazarse tan pronto, aunque por su falta de conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos y por su inexperiencia, necesitan mucha orientación. Además, un grupo de las entrevistadas no decide con que planificará sin haber consultado con su pareja, siendo el varón quien decide que método utilizará.

Es necesario puntualizar, que dentro de la población adolescente que se atiende en la clínica de la embarazada adolescente, se encontró que la mayoría de las entrevistadas están en edades de 17 y 18 años y las de menor edad entre 13 y 14 años; por las edades mencionadas se encuentran dentro de las pacientes en riesgo debido a que no es aconsejable el embarazo para la mujer a temprana edad, ya que pone en riesgo su salud debido a que se encuentran en una etapa de crecimiento, en donde se presentan cambios biológicos y psicológicos.

Ante el embarazo, las adolescentes interrumpen sus estudios y de acuerdo a las entrevistadas, la mayoría cursó escasamente el nivel primario, debido a que el embarazo fue imprevisto, cambió el curso de sus vidas al casarse o unirse, por presiones familiares y prejuicios sociales, dejando en un plano secundario su educación y dedicarse a temprana edad a la crianza de su hijo/a y tareas domésticas.

Por otro lado, las adolescentes solteras no cuentan con el apoyo del progenitor de su hijo/s y tampoco con el de su familia, en muchos casos.

Las madres adolescentes al unir sus vidas en matrimonio o al iniciar una convivencia, en su mayoría no cuentan con los ingresos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas, teniendo que recurrir a la ayuda de los padres/madres y sujetarse a las normas establecidas dentro del hogar, lo que no les permite independizarse e iniciar una vida conyugal autónoma.

Quienes alquilan vivienda para formar su propio hogar, viven en condiciones insalubres de hacinamiento y promiscuidad.

Las adolescentes que interrumpen sus estudios, cierran las oportunidades de crecer profesionalmente y de aspirar a un trabajo calificado; en su mayoría labora como operarias, dependientes y en servicio doméstico, los ingresos son bajos y la mayoría cuenta con salarios de Q.700.00 a Q.900.00

quetzales al mes, esto demuestra que esta situación no les permitirá mejorar las condiciones de vida.

Las madres adolescentes carecen de educación sexual y reproductiva, las instituciones de salud y el Ministerio de Educación han dejado al margen los conocimientos básicos que deberían de impulsarse en esta temática tan fundamental para la vida de los seres humanos.

Ante la falta de información, las adolescentes recurren a familiares y amigos que muchas veces las confunden y no reciben los mensajes claros.

De las adolescentes entrevistadas, la mayoría inició una vida sexual a los 16 años y las restantes a los 15, 14, 13 y hasta 12 años, muchas tuvieron su primera experiencia sexual por curiosidad, por falta de afecto o inestabilidad familiar.

La mayoría de las entrevistadas conocen los riesgos de tener relaciones sin protección y qué repercusiones tienen para ellos; siendo estas el embarazo, enfermedades de transmisión sexual e inclusive el VIH-SIDA; sin embargo, la mayoría recibió información, al haber resultado embarazada e iniciar sus controles en el Hospital de Gineco-Obstetricia.

Se considera que una alta proporción de embarazo en las adolescentes, no son planificadas sino circunstanciales y muchos no son deseados.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA DE LA ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL DE GINECO- OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

Es importante que de la investigación que realiza el estudiante universitario al elaborar su trabajo de tesis, además de abordar un problema de la realidad económico-social, constituya un aporte para la disciplina que estudia, la unidad formadora y la sociedad guatemalteca.

Como parte de la práctica profesional y producto del interés por estudiar un problema, que se observa desde hace varios años, en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se ha investigado sobre los problemas que enfrenta la madre adolescente y la posibilidad que tiene de utilizar métodos anticonceptivos, con orientación y educación, que les permita conocer los riesgos a los que se enfrentan al tener relaciones sexuales no protegidas.

La Propuesta de Intervención del Trabajo Social, en el Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, es producto de la actitud innovadora del Trabajo Social para resolver problemas que no se han atendido en forma específica ante esta realidad, se busca implementar mecanismos para evitar que los problemas afecten más a las adolescentes en lo que es la salud y su bienestar personal y familiar.

Bajo ese criterio, la presente propuesta que tiene como base el aporte del Trabajo Social, con su metodología y sus técnicas para promover acciones que

contribuyan a la atención de un problema que tiende crecer en nuestro medio, ante la falta de Programas que orienten, eduquen y atiendan a los adolescentes en lo que se refiere a salud reproductiva. Se efectúa la investigación y se hace una Propuesta para que las madres adolescentes tengan acceso a los servicios de Planificación Familiar.

4.1 Presentación

Los programas de Planificación Familiar, que promueven diferentes instituciones siempre ha contado con la participación del Trabajo Social, como profesional apoya y orienta a las personas que conscientemente desean planificar el número de hijos/as que desean tener y evitar, embarazos no deseados utilizando métodos anticonceptivos.

El conocimiento y la experiencia que tiene el Trabajo Social, le permite efectuar actividades de investigación, información, orientación, educación y apoyo en la toma de decisiones, a las personas que constantemente requieren atención en planificación familiar.

La demanda de estos servicios, obedece a las condiciones de vida (pobreza y pobreza extrema) de la mayoría de guatemaltecos/as que no logran cubrir sus necesidades básicas, como la alimentación, vivienda, vestido, educación, salud y recreación, al desempleo y subempleo, a las medidas del ajuste estructural y a que las políticas del Estado no se ejecutan para lograr lo que las mismas establecen para beneficio de los sectores populares.

La crisis económico-social afecta a sectores de población altamente vulnerables, entre estos los niños/as y adolescentes, quienes son afectados por problemas que ponen en riesgo su vida (por salud, pobreza, el desempleo, drogadicción, violencia, etc.) razón por la cual se ha efectuado un estudio de

las Madres Adolescentes que atiende el Hospital de Gineco Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Son adolescentes con edades entre 13 y 18 años, que en un 27% son solteras, un 30% casadas y el 43% unidas, que el 64% ha efectuado estudios de primaria, el 22% concluyó estudios de nivel básico, el 7% si efectuó estudios de nivel diversificado, un 4% son alfabetas y un 3% analfabetas.

Otros datos que muestran la realidad de las madres adolescentes, es la ocupación que tienen ya que el 63% son amas de casa y el 23% trabaja como operarias, dependientes un 7%, empleadas de servicio un 4% y comerciantes un 3%. En lo económico el 20% tiene un ingreso familiar que va de los Q.500.00 a Q.700.00 y un 45% que dispone de un ingreso de Q.701.00 a Q.900.00 y un 35% que percibe un ingreso de Q.901.00 o más.

Como se observa, es población que no tienen un nivel de vida que pueda calificarse como digno, ya que enfrenta problemas y necesidades, que requieren la atención de Instituciones o Programas específicos, en los cuales se de la participación de Profesionales que tienen la misión de mejorar las condiciones de vida de personas, grupos y comunidades.

En este sentido se estima que la PROPUESTA DE INTERVENCION DE TRABAJO SOCIAL, EN EL “PROGRAMA DE LA ADOLESCENTE EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL- IGSS-”, es una alternativa para atender en forma apropiada a las madres adolescentes, que como afiliadas o beneficiarias tienen atención en maternidad por parte del Instituto.

4.2 Justificación

El Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, se justifica por las razones que se exponen a continuación:

Guatemala es un país subdesarrollado y dependiente, con un sistema económico-social capitalista, que aplica medidas de ajuste estructural y con un proceso inflacionario, que niega a amplios sectores de población la oportunidad de vivir en forma aceptable, quienes sobreviven sin cubrir sus necesidades básicas.

La sociedad guatemalteca tiene la responsabilidad de atender los problemas que afectan a toda la población, entre los cuales se encuentran los y las adolescentes a nivel nacional, quienes necesitan información, orientación y educación en cuanto a lo que es la vida, la salud, salud reproductiva, todo con el fin de que el potencial humano del país no se pierda a temprana edad, ya que el futuro exigirá a las nuevas generaciones mayor participación para alcanzar el bienestar y el desarrollo de la sociedad.

El Programa de Salud Reproductiva está dirigido a las madres adolescentes, y Trabajo Social tiene un aporte importante para ellas ante sus problemas y necesidades, abordando la realidad desde el punto de vista social, ejecutando actividades, proyectos y procesos dirigidos a la orientación y educación, que junto a otros profesionales proporcionan una atención multidisciplinaria.

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social como parte del Sistema Nacional de Salud, en el Hospital de Gineco-Obstetricia, ofrece a afiliadas y beneficiarias servicios de Planificación Familiar, para espaciar los embarazos y determinar el número de hijos que la pareja desea tener en su familia a través del uso de métodos anticonceptivos, entre estas personas están las madres

adolescentes para quienes se requiere de este tipo de atención para evitar otros embarazos y que no tengan familias numerosas.

Sin embargo, no se cuenta con un Programa para adolescentes dentro de los servicios de Planificación Familiar, que sea diferenciado dentro de los servicios de la población en general.

Se considera necesario reformular las acciones del Programa de Salud Reproductiva, que es el encargado de los servicios de planificación familiar, de manera que las adolescentes cuenten con un servicio específico de planificación familiar, que cuente con una atención formativa integral como seguimiento de la atención que reciben durante su prenatal, a manera que las adolescentes hagan uso de los servicios disponibles y que participe con su pareja si fuera posible. Pretendiendo que las adolescentes espacien sus embarazos que les permitirá mejorar sus condiciones de vida.

4.3 Objetivos

4.3.1 Objetivos Generales

- ♦ Impulsar el Programa de la Adolescente en los servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, como medio para que las madres adolescentes puedan espaciar sus embarazos, educarse para asumir nueva condición que les permitirán mejores condiciones de vida.
- ♦ Lograr la participación de Trabajo Social dentro de un equipo multidisciplinario, en el proceso del Programa de las madres adolescentes en los servicios de planificación familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

4.3.2 Objetivos Específicos

- ◆ Integrar un equipo multidisciplinario de trabajo con la participación de profesionales que apoye a las madres adolescentes orientando y educando de acuerdo a su disciplina en el Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar, dirigido a las madres adolescentes.
- ◆ Coordinar con otros Programas del Instituto Guatemala de Seguridad Social, para proyectar el Programa que se propone a nivel de empresa donde trabajan adolescentes, de manera que conozcan y lleven a la práctica la salud sexual y reproductiva a fin de que el bienestar de la población adolescente mejore cada vez más.
- ◆ Impulsar como parte del Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar, un Proyecto Educativo en Salud Reproductiva , dirigido a madres adolescentes que atiende al Hospital de Gineco-Obstetricia, a fin de que comprendan la necesidad de la Planificación Familiar para la salud, el bienestar de ellas como mujeres y de la familia.
- ◆ Proporcionar atención médica a las madres adolescentes para llevar el control de su salud, el uso de métodos anticonceptivos, dándole el seguimiento que requiere para garantizar los resultados del Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar.
- ◆ Brindar a las madres adolescentes atención y apoyo en otros problemas a nivel individual, pareja, familiar y económicos que les permita construir una vida digna.

- ♦ Evaluar el enfoque de la Planificación Familiar, los servicios de la Planificación Familiar y el y el Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar, a fin de mejorar la atención que se proporciona a las madres adolescentes y la proyección del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.4 Metas

- ♦ Integrar un equipo profesional que brinde la atención integral a las madres adolescentes en su puerperio, que esté conformado por médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogo y educadoras de la salud.
- ♦ Coordinar una actividad bimestral, con el programa a nivel de empresas existentes que se proyecta a las adolescentes, a manera de que conozcan sobre la Salud Sexual y Reproductiva.
- ♦ Realizar actividades educativas sobre salud sexual y reproductiva al 100% de las usuarias que se atienden.
- ♦ Brindar Consejería a cada adolescente previo a su consulta de planificación familiar.
- ♦ Referir al 100% de aquellas madres que necesitan apoyo emocional, con su pareja, familia, a la clínica de psicología.

- ♦ Revisar cada mes la afluencia y seguimiento de las usuarias a los servicios de planificación familiar.

4.5 Metodología

La metodología del Programa de la Madre Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar, del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, se realizará en las siguientes fases:

Fase Prenatal:

- ♦ El contacto inicial de la embarazada adolescente es en Registros Médicos, en donde realiza su inscripción por maternidad y se le hace entrega de órdenes de laboratorios.
- ♦ A partir de las 7:00 a.m. se presenta para sus exámenes de laboratorio
- ♦ En Consulta Externa se le cita para su primera consulta.
- ♦ En primera consulta, inicialmente se hace recorrido con el grupo de madres adolescentes dentro de las instalaciones del Hospital, para que conozcan los servicios disponibles. Posteriormente reciben la atención médica por primera vez, en la cual se le realiza el examen general y se le informan de los resultados de sus laboratorios.
- ♦ Se refiere a la Clínica de Psicología, en donde se evalúa y se brinda apoyo emocional en citas posteriores si fuera necesario.
- ♦ Se refiere a Trabajo Social, en donde se elabora una ficha inicial, se registra en el libro específico de las adolescentes y se le proporciona carné para integrarla al Programa Educativo en Escuela de Madres Adolescentes.
- ♦ Se presentan a Clínicas de Ultrasonido
- ♦ Continúan sus controles prenatales en clínica específica de la adolescente mensualmente.

- ◆ Se le asiste en la emergencia para su ingreso a la hora del parto
- ◆ Se le brinda seguidamente atención en labor y parto y en las salas de post-parto.
- ◆ Si presentan alguna complicación no se les da egreso, sino hasta 24 horas después, para observación y tratamiento.

Fase Postnatal

- ◆ Cita de 40 días post-parto en Clínica de la Embarazada Adolescente
- ◆ Se refiere a Clínica de Planificación Familiar para iniciar controles
- ◆ Entrega de carné a secretaría para asignar clínica y referida a la Sección de Trabajo Social.
- ◆ Se realiza la entrevista en Trabajo Social, en donde se brinda consejería a la usuaria sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, se les llena hoja inicial y se refiere a la consulta médica.
- ◆ El médico la evalúa y le otorga el método anticonceptivo escogido por la usuaria.
- ◆ En secretaría se le otorga cita de seguimiento.

Se tiene contemplado para esta propuesta utilizar las técnicas de comunicación siguientes:

◆ Información

Las madres adolescentes recibirán información desde que se presenten a su primera consulta, posterior al ser integradas en el Programa Educativo específico para adolescentes en donde recibirán charlas mensuales y durante el tiempo que estén hospitalizadas.

♦ **Promoción**

Se realizará en la Consulta Externa y encamamiento del Hospital de Gineco-Obstetricia y se utilizarán folletos y afiches. El personal se apoyará de rotafolios, modelos anatómicos del aparato reproductor femenino y masculino y muestrarios de métodos anticonceptivos.

♦ **Consejería**

Se realizará en la sección de Trabajo Social en forma individual, orientando a la usuaria sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, enfatizando la voluntariedad para su uso.

Además se permite una comunicación de doble vía en donde la usuaria nos expone sus necesidades y expectativas y el proveedor del servicio aclara y reduce temores que presente la usuaria.

♦ **Educación**

La cual se abordará permanentemente en donde se incluirán temor de beneficio para su salud reproductiva, su relación madre-hijo/a, como promover su desarrollo integral en esta nueva etapa que atravesará como madre-esposa y como mujer.

4.6. Equipo Multidisciplinario

Para la ejecución de las actividades de la propuesta de intervención de Trabajo Social, dirigida a la madre adolescente en los servicios de Plaificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se integrara el equipo multidisciplinario, quienes con bases fundamentadas en su campo aportarán conocimientos para poder brindar una atención integral.

♦ **Participación del médico/a**

Consistirá en evaluar y orientar a la usuaria sobre los mecanismos de acción del método anticonceptivo que utilizará como sus ventajas y desventajas del mismo.

Además deberá involucrarse en aspectos educativos, dirigidos a las madres adolescentes y mantener una constante coordinación con los profesionales para mejorar la calidad de atención.

♦ **Participación del personal de enfermería**

Contribuirá con las acciones de enfermería, en el fomento preventivo y curativo, brindará cuidados de enfermería oportunos y de acuerdo a recursos existentes. Se incorporarán al proceso de educación y capacitación de acuerdo a la temática establecida.

♦ **Participación de la Psicóloga**

Su participación será solo en casos necesarios, brindando apoyo psicológico a la madre adolescente, en casos especiales. Además participará en el proceso educativo en la fase pre y post natal de la madre-adolescente.

♦ **Participación de la Trabajadora Social**

- La Trabajadora Social participará en actividades de planificación y ejecución, dirigidas a las madres adolescentes que asistirán a los Servicios de Planificación Familiar.
- Servirá de enlace entre médico, paciente, patrono y su familia
- Brindará consejería sobre los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la clínica de planificación familiar.
- Brindará orientaciones generales, sobre derechos y obligaciones de las afiliadas o beneficiarias que asistirán a las clínicas de planificación familiar.

- Participará en el proceso educativo dirigido a las madres adolescentes
- Movilizará recursos intra y extra hospitalarios
- Coordinar actividades dentro y fuera del hospital

4.7 Organización

4.7.1 Area de Trabajo

La sección de Trabajo Social de la consulta externa del Hospital de Gineco-obstetricia.

4.7.2 Responsable

Coordinador del Programa de Salud Reproductiva, personal médico, trabajo social, enfermería, educadores de la salud que será el personal involucrado en el equipo multidisciplinario.

4.7.3 Coordinación

Con el Coordinador del Programa de Salud Reproductiva, asistente del programa, personal médico, psicóloga, personal de enfermería y educadora de la salud, personal de otras disciplinas y otras instituciones.

4.8. Calendarización de Actividades año 2,000

Fecha	Area	Descripción	Responsable
10/1/2001	Hospital de Gineco-Obstetricia.	Presentación de Propuesta de Trabajo Social, "Programa de la Adolescente en los servicios de Planificación Familiar, del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, a las autoridades del seguro Social para su aprobación.	Trabajo Social
15/1/2001	Hospital de Gineco-Obstetricia.	Seleccionar personal que trabajará en el Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar, integrando el equipo de trabajo.	Trabajo Social y Profesionales que trabajan actualmente en el programa.
2/2/2001	Hospital de Gineco-Obstetricia	Gestionar con autoridades correspondientes, local para clínica específica de las adolescentes.	Equipo Multidisciplinario
5/2/2001	Hospital de Gineco-Obstetricia	Iniciar Programa Educativo dirigido a las adolescentes sobre Salud Sexual y Reproductiva a pacientes que iniciaron a planificar.	Equipo Multidisciplinario

FECHA	AREA	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE
		<p>Temática a considerar con equipo de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Adolescencia -Situación madre-adolescente -Relación de pareja -La familia -Paternidad y maternidad responsable - Salud Sexual y Reproductiva - Importancia de la Planificación Familiar. - Métodos Anticonceptivos Disponibles - Enfermedades de Transmisión Sexual 	
3/3/2001	Oficinas Centrales	<p>Iniciar contactos y coordinar con personal responsable que trabaja a nivel de empresas, fábricas, para captar adolescentes, formar grupos y proporcionar orientaciones a través de charlas sobre salud sexual y reproductiva, como medida preventiva.</p>	Equipo multidisciplinario

Fecha	Area	Descripción	Responsable
15/3/2001	Clínica de Planificación Familiar	Iniciar atención médica diferenciada diariamente por dependiendo cada caso particular	Personal Médico, Psicóloga, Trabajo Social
3/4/2001	Consulta Externa Hospital de Gineco-Obstetricia	Realizar actividades de actualización en Salud Sexual y Reproductiva para el equipo de Trabajo.	Equipo Multidisciplinario
3/5/2001	Consulta Externa Hospital de Gineco-Obstetricia	Evaluación de las actividades que sea realicen del Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar , del Hospital de Gineco-Obstetricia, para determinar uso y aceptación de los diferentes métodos anticonceptivos.	Equipo Multidisciplinario

4.9 Recursos

Los recursos a utilizar para la ejecución del Programa :

4.9.1 Humanos

- Gerente del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- Director del Hospital de Gineco-Obstetricia
- Coordinadora del Departamento de Trabajo Social del IGSS.
- Directores o Coordinadores de Salud Reproductiva de otras Instituciones o Programas.
- Médicos que trabajan en el Programa de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia.
- Trabajadoras Sociales que trabajan en el Programa de Planificación Familiar del Hospital de Gineco Obstetricia.
- Las madres adolescentes que atiende el Hospital de Gineco-Obstetricia.
- Adolescentes de Escuelas, Institutos, etc.
- Profesionales que se integran al equipo de trabajo: Psicólogos, Médicos y Trabajadoras Sociales.

4.9.2 Materiales

- 10,000 Unidades de Material Educativo sobre Salud Reproductiva
- 20 Películas Educativas
- Slides
- Acetatos
- Carteles
- Papelógrafos
- Papel bond

- Retroproyector
- Proyector de Slides
- Videocasettera
- 1 Televisor Grande

4.9.3 Institucionales

- Ministerio de Salud Pública.
- Asociación Probienestar de la Familia -APROFAM-.
- Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Programas de Salud Reproductiva.
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Programa de Planificación Familiar del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Escuela de Trabajo Social.

4.9.4 Financieros

- Recursos que aportará el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social al aprobar la Propuesta del Programa de la Adolescente en los Servicios de Planificación Familiar del Hospital de Gineco-Obstetricia.
- Se gestionará financiamiento ante Organismos que promueven la Salud Reproductiva y proyectos de educación para niños y adolescentes, para

que ayuden con equipo y material audiovisual, y material educativo escrito.

4.10 Presupuesto

El costo de Programa a impulsar es el que se detalla a continuación:

Material Informativo y Educativo:

1. Material Educativo (boletines, cartillas, folletos, etc.)	Q.50,000.00
2. Material para actividades educativas (cuadernillos, lápices, cartulinas, etc.)	Q. 3,000.00
3. Material Audiovisual (películas, acetatos, slides, etc.)	Q. 8,000.00
4. Equipo Audiovisual (retroproyector, videocasetera, televisor, proyector de slides, cámara de video, cámara fotográfica, etc)	Q.10,000.00
5. Otros materiales	<u>Q. 2,000.00</u>
	Q.73,000.00

4.11 Evaluación

Las actividades de evaluación de cada actividad (informativa, educativa, de investigación, etc.) a realizar durante el proceso de trabajo, se definirá por los Profesionales que trabajen en cada Proyecto.

Se considera importante evaluar el resultado del trabajo, tanto a nivel educativo como en la atención de la madre adolescente, por lo que se tomará en cuenta en todo el proceso, las opiniones, valoraciones o criterios que se expresen, a fin de mejorar el servicio que se presta a afiliados o beneficiarios.

También se definirá como evaluar el trabajo del equipo Profesional, de manera que se reformule su quehacer en la atención de las madres adolescentes, o en las actividades de orientación y educativas que se efectuaron para niños y adolescentes.

Se evaluará todo el proceso de trabajo en lo cuantitativo y cualitativo, para comprender los avances, logros y resultados, así como el impacto logrado en lo que a Salud Reproductiva se refiere.

CONCLUSIONES

1. Las políticas de salud no cuentan con programas específicos dirigidos a las adolescentes como medida preventiva, sino se atiende a las mismas cuando se presentan con embarazos tempranos, con enfermedades de transmisión sexual e inclusive SIDA y los servicios no satisfacen las necesidades de esta población.
2. Los programas oficiales del Ministerio de Educación no cuentan dentro de la curricula de estudios con temas de Educación Sexual y Reproductiva, por lo que las adolescentes desconocen de tan importantes conocimientos colocándolas fácilmente en riesgo, de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual, SIDA u otras adicciones.
3. El entorno económico-social precario en el que se desenvuelven las madres adolescentes que asisten al Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, contribuye a embarazos tempranos y que las adolescentes inicien una vida sexual no protegida que representa un factor de riesgo madre-hijo.
4. En la medida que los organismos gubernamentales y no gubernamentales, promuevan acciones de promoción, prevención sobre educación sexual y reproductiva dirigido a las adolescentes, se mejorará su salud integral.
5. Las madres adolescentes que asisten al Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS, en su mayoría abandonan sus estudios por falta de recursos económicos y tener que contribuir con los ingresos familiares, por otro lado

el embarazo precoz impide el desarrollo de las adolescentes dejando en un plano secundario su formación educativa.

6. Las madres adolescentes que asisten al Hospital de Gineco-Obstetricia, tienen un nivel de escolaridad bajo, habiendo cursado escasamente el nivel primario, resultando una limitante para que puedan aspirar a un buen trabajo y un salario que les permita satisfacer sus necesidades básicas.
7. Que el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social debe implementar un servicio integral y diferenciado de planificación familiar en donde las madres adolescentes puedan contar con un servicio oportuno y accesible.
8. Es función de la Trabajadora Social dentro del Programa de Salud Reproductiva, dirigido a las madres adolescentes, intervenir en la problemática familiar laboral y de salud, sirviendo de enlace entre paciente, médico, patrono y familia; a fin de contrarrestar las causas que perjudican la salud del binomio madre-hijo/a a través de procesos educativos y de orientación.
9. El embarazo es un factor de riesgo en la salud de las madres adolescentes, particularmente si es menor de 17 años, pudiendo presentar problemas de hipertensión arterial, anemia, riesgo de parto prematuro, mortalidad materna o aborto, y el recién nacido sufre las consecuencias de problemas de salud que necesitarán de cuidados especiales de alto riesgo.

RECOMENDACIONES

1. Que el Gobierno de Guatemala a través de sus políticas sociales de salud y educación, en la tarea de mejorar las condiciones de vida individuales, familiares y comunales debe lograr revertir la situación actual de pobreza que atraviesa la población en general y que afecta directa o indirectamente a las madres adolescentes.
2. Que el Ministerio de Educación a través de sus diferentes programas de educación, incluya dentro de las guías curriculares conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, que permitirá que la población adolescente se encuentre preparada y no se coloque fácilmente en riesgo, enfrentándose a la realidad con madurez antes de asumir responsabilidades.
3. Que el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social revise y defina con mayor precisión sus modelos de intervención dirigidos a la población adolescente que cubre tanto afiliadas como beneficiarias, a efecto de ofrecerles servicios de atención integrales diferenciados, accesibles que les permitirán mejorar sus condiciones de Salud y de vida.
4. Que exista una coordinación con Instituciones como APROFAM, Seguro Social, Organismos Gubernamentales, No Gubernamentales para evitar duplicidad de esfuerzos, recursos y poder definir sus ámbitos de acción para brindar un mejor servicio a las usuarias adolescentes que utilizarán los servicios de planificación familiar.

5. Que dentro del Hospital de Gineco-Obstetricia, se habilite una clínica de planificación familiar específicas para las madres adolescentes, en donde reciban un servicio especial e integral, que responda a sus necesidades.

BIBLIOGRAFIA

1. América Latina, “Indicadores Demográficos de la Población Joven 1960-2000”, Celade, Santiago de Chile, agosto, 1985.
2. Ander Egg, Ezequiel, “Técnicas de Investigación Social”, Editorial El Ateneo, S.A. de C.V., 21 Edición, 3ra impresión, México, 1990.
3. Asociación Para la Contracepción Segura y Voluntaria -AVSC- Prototipo de Currículo, Consejería en Planificación Familiar, Santa Fe, Bogotá, septiembre de 1997.
4. Baena Paz, Guillermina, “Instrumentos de Investigación y Diccionarios”, 12 Edición, Editores Mexicanos, México, D.F. 1973.
5. Blandon de Cerezo, Raquel, Presidencia de la República, “La Mujer y la Familia de Guatemala”, Cuarto Encuentro de Damas de Centroamérica, Guatemala, 1990.
6. Canessa y Nykiel, “Manual para la Educación en Salud Integral del Adolescente”, O.M.S./O.P.S, Mayo 1997.
7. Congreso de la República de Guatemala, Constitución Política de la República de Guatemala, Reformada por la Consulta Popular, Acuerdo Legislativo 18-93, Guatemala, 1985.
8. Diccionario Everest Corona, Lengua Española, Novena Edición, Editorial Everest S.A. España 1,980.
9. Ezequiel Ander, Egg, “Diccionario de Trabajo Social”, Editorial Lumen, Buenos Aires, Argentina, 1995.
10. Fundación Aledo, “Madre Adolescente”, Seminario Organización Panamericana de la Salud, Caracas, 1991.
11. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 1998-1999.

12. Guatemala, Instituto Nacional de Estadística, X Censo Nacional de Población, Guatemala, 1994.
13. Krauskopf, Dina, "Adolescencia y Educación", Editorial, Univesidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 1994
14. Matilde Etal, Magdaleno, "La Salud del Adolescente y del Joven", O.P.S., Publicación Científica No. 552, Washington, 1995
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Programa Materno Infantil", Manual Técnico de Orientación Familiar, Guatemala, 1998.
16. Noriega Castillo, Carlos F., "Metodología de Investigación", Cuaderno No. 6-99, I.E.T.S, Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1999.
17. Omran, Abdel R. y José Antonio Solís, "Salud Reproductiva en las Américas O.M.S./O.P.S", 1992.
18. Organización Mundial de la Salud, "Salud Reproductiva en Las Américas", Washington, D.C., Tampa Florida, julio 1991.
19. Pardinas, Felipe, "Metodología y Técnicas de Investigación Social", Llava, Edición Especial, Siglo Veintiuno, México, 1973.
20. Políticas de Salud 1996-2000. Documento Reproducido por Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, Area de Ciencias Sociales Colectiva. Guatemala, Marzo 1996.
21. Ramón Sopena, Gran Sopena Diccionario Enciclopédico, Tomo XIX, Editorial Ramón Sopena, S.A.
22. Reffman, John W., "Ginecología en la Infancia y la Adolescencia", Salvat Editores, S.A., Barcelona, Madrid 1990.
23. Rojas Soriano, Raúl, "Guía para realizar investigaciones Sociales", Textos Universitarios, 6a Edición, México, 1981

24. Sungh, Susheela y Walf Deirde, The Allan Guttmacher Institute, "Adolescentes de Hoy y Padres del Mañana, Un Perfil de las Américas", Bogotá, Colombia, 1989.
25. Tecla J, Alfredo, Garza R. Alberto, "Teoría, Método y Técnicas de Investigación Social", Departamento de Publicaciones, Facultad de Economía, USAC, Guatemala, 1974.
26. Tercer Congreso Nacional de Trabajo Social, Quetzaltenango, 1979,
27. Valdizón de Sánchez, Arlina, "Introducción al Trabajo Social", Universidad Rafael Landívar, 1994.
28. Velásquez Guerra, Ruben, "Manual de Paternidad Responsable", APROFAM, Departamento del Capacitación, Dirección de Educación e Información, Guatemala, 1992.

